

有料老人ホーム重要事項説明書

| | | |
|-------|-----------|------|
| 施設名 | ソナーレ目黒不動前 | |
| 定員・室数 | 65 人 | 58 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 | 選択方式 |
| 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 | 2：1以上 |

1 事業主体

| | | | | |
|-------------|-------------------------------|---|----------------------------------|------|
| 名 称 | 法人等の種別 | | 営利法人 | |
| | フリカナ | ライフケアデザイン株式会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 210-0006 | 神奈川県川崎市川崎区砂子一丁目2番地4 川崎砂子ビルディング8階 | |
| | 電 話 番 号 | 044-589-2701 | | |
| 連 絡 先 | ファックス番号 | 044-589-2702 | | |
| | ホ ー ム ペ ー ジ | https://www.lifecaredesign.co.jp | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 藺田 宏 |
| 設 立 年 月 日 | 平成11年10月5日 | | | |
| 主 な 事 業 等 | 特定施設入居者生活介護および関連サービス事業の管理運営業務 | | | |

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 | 8 | ソナーレ祖師ヶ谷大蔵 | 世田谷区祖師谷三丁目26番3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 | 8 | ソナーレ祖師ヶ谷大蔵 | 世田谷区祖師谷三丁目26番3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 | ソナーレグロドマエ | | | |
| | 名 称 | ソナーレ目黒不動前 | | | |
| 所 在 地 | 〒 | 153-0064 | | | |
| | 東京都目黒区下目黒五丁目10番16号 | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-6451-2523 | | | |
| | ファックス番号 | 03-6451-2533 | | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | https://www.lifecaredesign.co.jp/sonare-megurofudomae | | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1371005271号 | | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | ホーム長 | 氏名 | 藁科 孝太 | |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 令和4年3月1日 | | | | |
| 届 出 年 月 日 | 令和3年10月12日 | | | | |
| 届出上の開設年月日 | 令和4年3月1日 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日(初回) | 令和4年3月1日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 令和10年2月28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) | 令和4年3月1日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 令和10年2月28日 まで | | | |
| 事業所へのアクセス | 東急目黒線「不動前」駅 徒歩14分 | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし | |
| | 面 積 | 2132.80 m ² | | | |
| 建 物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 3198.24 m ² うち有料老人ホーム分 3198.24 m ² | | | |
| | 竣工日 | 令和4年1月31日 | | | |
| | 階 数 | 地上 1 階 地下 3 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 1 階 地下 3 階 | | | |
| | 構造 | 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4年2月1日 ~ 令和34年1月31日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |

| | | | | | | | | |
|-----------|--------------|--|-------------|----------------|----------------|--------|------|----------------|
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | |
| | 1階 | 1人 | 14 | 20 | m ² | ～ | 20 | m ² |
| | 2階 | 1人 | 26 | 20 | m ² | ～ | 20 | m ² |
| | 3階 | 1人 | 11 | 20 | m ² | ～ | 20 | m ² |
| | 3階 | 2人 | 7 | 36 | m ² | ～ | 40 | 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 |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 5 | 箇所 | (| 男女共用 |) |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴： 4 | 大浴槽： 1 | 機械浴： 0 | | |
| | 併設施設との共用 | | なし | (| |) | | |
| 食 堂 | 兼用 | あり | (| レクリエーション・イベント等 |) | | | |
| | 併設施設との共用 | | なし | (| |) | | |
| その他の共用施設 | あり | エントランス、ダイニング、ラウンジ、ガーデンテラス、機能訓 (練室、ビューティーサロン、応接室、事務室(フロント)、スタッ フキャビン、喫煙室、汚物処理室、駐車場、駐輪場) | | | | | | |
| エレベーター | あり | 2 | 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 | 0.3 | 生活相談員 兼務 |
| 生活相談員 | | | 2 | | | 2人 | 1.0 | 1名 管理者・1名 計画作成担当者兼務 |
| 看護職員：直接雇用 | 3 | | | 3 | | 6人 | 4.6 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 8 | | | 2 | | 10人 | 9.1 | |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | | | 2人 | 1.7 | 1名 生活相談員兼務 |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | 業務委託 |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | 業務委託 |
| 事務員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| その他従業者 | | | | 4 | | 4人 | 2.3 | |

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 | 6 | | | 1 | |
| 実務者研修 | 2 | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | | 1 | |
| 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 | 1 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | ホームヘルパー2級 | | | | | | |
| 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 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 | | | | | 0.6 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 | | 3 | 3 | 8 | 2 | 2 | | 1 | | 2 | |
| 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 | | 3 | 3 | 8 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 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 (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 | なし | |
| 定期的な安否確認の方法 | 要介護度に応じ、日中は2～3回、夜間は3～5回の定期的な巡回を実施し、必要に応じて随時巡回することにより、安否を確認します。ナースコールはスタッフステーション及び職員の携帯するPHS端末に連動し、迅速に対応します。共用部分においてカメラを設置することにより、移動時の見守り、事故発生時の状況確認を実施します。 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 24時間看護職常駐態勢を整備し、胃ろうのケア、インシュリンの注射、吸引、吸入、疼痛の緩和、人工肛門のケア、膀胱留置カテーテルのケア、在宅酸素療法、創傷・褥瘡のケア、摘便、浣腸などの対応を実施します。 | |
| 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 明洋会 柴垣医院 自由が丘 |
| | 所在地 | 東京都目黒区自由が丘1-13-4 シャイン自由が丘ビル2F |
| | 距離 | ホームより4.9km 車にて15分 |
| | 診療科目 | 総合内科、腎臓内科、人工透析内科、循環器内科、神経内科 精神科、皮膚科 |
| | 協力の内容 | 訪問診療 (医師の定期的訪問による診療)、健康相談、緊急時の指示・往診 (24時間対応)、医療機関の紹介、看護職員に対する指導等 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団 輝生会 成城リハケア病院 |
| | 所在地 | 東京都世田谷区祖師谷3-8-7 |
| | 距離 | ホームより15.5km 車にて27分 (有料区間含む) |
| | 診療科目 | 内科、リハビリテーション科 |
| | 協力の内容 | 内科医・リハビリ専門医による定期訪問、健康相談、緊急時の指示・往診 (24時間対応)、在宅総合ケアセンターの機能を生かした訪問リハビリ、身体の機能管理を含むリハビリ指導及び機能訓練指導員及び当ホームの専門職スタッフへの指導等 |
| 協力医療機関(3) | 名称 | あおきクリニック |
| | 所在地 | 東京都港区浜松町1-9-12 中野ビル5F |
| | 距離 | ホームより8.6km 車にて20分 (有料区間含む) |
| | 診療科目 | 内科、救急科、精神科 |
| | 協力の内容 | 訪問診療 (医師の定期的訪問による診療)、健康相談、緊急時の指示・往診 (24時間対応)、医療機関の紹介、看護職員に対する指導等 |
| 協力医療機関(4) | 名称 | 国家公務員共済組合連合会 三宿病院 |
| | 所在地 | 東京都目黒区上目黒5-33-12 |
| | 距離 | ホームより3.8km 車にて14分 |
| | 診療科目 | 内科、消化器科、内分泌代謝科、血液内科、循環器科、 神経内科、外科、脳神経外科、心臓血管外科、整形外科、 眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、精神科、 婦人科、小児科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科 |
| | 協力の内容 | 外来受診、入院加療を要する場合の入院受け入れ及び看護スタッフに対する指導等 (但し、受入れの拒否、時期、条件等については、ご入居者の身体状況や協力医療機関の診療体制、混雑状況に応じての対応となります。) |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 高輪会 高輪歯科医院 |
| | 所在地 | 東京都港区高輪2-16-36 高輪チトセハイツ2F |
| | 距離 | ホームより5.0km 車にて16分 |
| | 診療科目 | 歯科(訪問診療) |
| | 協力の内容 | 訪問診療、義歯の健康管理を含む口腔ケア指導及び看護スタッフに対する指導等 |
| 介護保険加算サービス等 | | |
| 個別機能訓練加算 | | あり |
| 夜間看護体制加算 | | あり |
| 看取り介護加算 | | あり(Ⅱ) |
| 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) |
| 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 | | あり(Ⅱ) |
| 若年性認知症入居者受入加算 | | なし |
| A D L維持等加算 | | あり |
| 科学的介護推進体制加算 | | あり |
| 口腔衛生管理体制加算 | | あり |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | | あり(Ⅰ) |
| 退院・退所時連携加算 | | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | | あり |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定 | | 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) |
| 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 | | あり |
| 入居に当たっての留意事項 | | |
| 入居の条件 | 年齢 | 満65歳以上 |
| | 要介護度 | 要支援・要介護・自立 但し、ご夫婦及びご兄弟が同施設へ入居される場合にはお一人のみ自立可 |
| | 医療的ケア | 施設で対応できる医療的ケアの範囲を超えない方 |
| | 認知症 | 可(お客様の状態を確認させて頂いた上で、入居可能かご相談させていただきます) |
| その他 | | 連帯保証人及び身元引受人を立てられる方・自傷・他害の恐れがなく他の入居者と円滑な共同生活が可能の方・感染症でない方(但し、医師により他の入居者に感染する恐れが無いと診断された場合は、この限りではありません) |
| | 身元引受人等の条件、義務等 | <ul style="list-style-type: none"> ・身元引受人を1名定めて頂きます。 ・身元引受人は、入居契約が解除(死亡・任意退去)の場合、身柄を引き取ります。 ・身元引受人は、介護サービスの提供にあたって、処遇の相談、緊急時の連絡等に協力します。 ・連帯保証人を1名定めて頂きます。 ・連帯保証人は、入居者と連帯して、本契約から生じる入居者の金銭債務を履行する責任を負うものとします。 |
| 体験入居 | 利用期間 | 最長13泊14日 |
| | 利用料金 | 1泊22,000円(税込・食事付) |
| | その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・体験入居利用者には、事業所において行う入居者と同様のサービスを提供するものとします。 ・満室の場合は不可。 ・介護保険は適用外となります。 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院期間中の月額利用料のうち、家賃相当額、管理費はご負担頂きます。 | |

| | |
|-------------------|--|
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | サービス提供にあたっては、当該ご入居者又は他のご入居の皆様の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他のご入居者の行動を制限する行為を禁止しています。やむを得ず身体拘束を行う場合は、「非代替性」・「一時性」・「切迫性」の3点を満たした場合であって、身体拘束の内容、目的、理由、拘束時間、時間帯、期間等を出来る限りご本人及びご家族へ説明し、十分な理解を得ることに努め、同意を得た上で行います。また、身体拘束の態様及び時間、その際のご本人の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。また、実施後は速やかな解除に努めます。 |
| 事業者からの契約解除 | <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより入居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る場合に、以下の第2項及び第3項に定めた条件の下に入居契約を解除することがあります。</p> <p>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しばしば滞納するとき 三 入居契約第7条の定め違反したとき 四 入居契約第26条（第26条第1項第6号から第8号を除く）に違反したとき 五 入居者の行動が、自傷又は他の入居者或いは従業員の生命、身体又は財産に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける善良なる管理者の注意と介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく入居契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 入居契約解除の通告について90日の予告期間をおく 二 前号の通告に先立ち、ご入居者、身元引受人及び成年後見人等に弁明の機会を設けること 三 前号の通告に先立ち、入居者、成年後見人及び身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 第1項第五号によって入居契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 事業者は、入居者、成年後見人又は身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、前項までの定めに関わらず、催告することなく、入居契約を解除することができます。</p> <p>一 入居契約(月払いプラン)第51条又は入居契約(前払いプラン)第55条の各号の確約に反する事実が判明したとき 二 入居契約締結後に入居契約(月払いプラン)第51条又は入居契約(前払いプラン)第55条に該当する事実が判明したとき 三 入居契約第26条第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p> |

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 | 居住環境の変更によるご入居者への悪影響を防ぐために、原則としてその他の居室への移動は行わないが、ご入居者の身体状況の変化等により、より適切な介護サービスを提供する必要性が生じた場合は、医師の意見を聞いたうえで、観察期間を設け、ご入居者の同意の上で、介護居室を変更して頂くことがあります。 |
| 利用料金の変更 | あり（居室移動の前後で家賃相当額等が異なる場合） |
| 前払金の調整 | あり（居室移動の前後で家賃相当額等が異なる場合） |
| 従前居室との仕様の変更 | あり（2人用個室から1人用個室への移動の場合） |
| 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 | ソナーレ目黒不動前 |
| 電話番号 | 03-6451-2523 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (平日・土日祭日) |
| 窓口の名称2 | ライフケアデザイン株式会社 |
| 電話番号 | 048-589-2701 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:30 (平日) |

| | |
|-----------|---------------------------|
| 窓口の名称 3 | 目黒区健康福祉部介護保険課 |
| 電話番号 | 03-5722-9574 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日) |
| 窓口の名称 4 | 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課 |
| 電話番号 | 03-6238-0177 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日) |
| 窓口の名称 5 | 東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課 |
| 電話番号 | 03-5320-4537 |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (平日) |
| 窓口の名称 6 | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 |
| 電話番号 | 03-3548-1077 |
| 対応時間 | 10:00 ~ 17:00 (平日) |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：ソニーグループ損害保険プログラム |

| | | | |
|-------------------------------|----|-------|----|
| 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 | 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(令和4年4月1日現在)

| | | | | | | | | |
|--------------|--------------|--------------|------|------|------|------|------|------|
| 介護度別・年齢別入居者数 | 平均年齢： 90.0 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 | | | | | | | | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | | | |
| 85歳以上 | 4 | 3 | | 2 | | 2 | | 3 |
| 合計 | 4 | 3 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 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 | 14 | | | | | | 14 |

| | | |
|---------|---------|---------|
| 男女別入居者数 | 男性： 5 人 | 女性： 9 人 |
|---------|---------|---------|

| | |
|------------------------|------------------|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 22 %（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 | あり | ※前払金をお支払いいただいた場合は、敷金をお支払いいただく必要はありません。 |
| 金額 | 家賃相当額の6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 *要介護3 | 食材費 | 光熱水費 |
| 月払プラン A-1タイプ (20㎡) | — | 597,430円 | 371,000 | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 月払プラン A-2タイプ (20㎡) | — | 614,430円 | 388,000 | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 月払プラン A-3タイプ (20㎡) | — | 567,430円 | 341,000 | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 月払いプラン Bタイプ (36㎡) 第1ご入居者 | — | 1,013,270円 | 724,800 | 139,590 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 月払いプラン C-1タイプ (40㎡) 第1ご入居者 | — | 1,038,980円 | 735,000 | 155,100 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 月払いプラン C-2タイプ (40㎡) 第1ご入居者 | — | 1,062,980円 | 759,000 | 155,100 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 月払いプラン B・Cタイプ 第2ご入居者 | — | 148,880円 | — | — | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン① 80歳以上 A-1タイプ (20㎡) | 12,810,000～ 25,650,000 | 277,430円 | 51,000 | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン① 80歳以上 A-2タイプ (20㎡) | 13,524,000～ 27,000,000 | 277,430円 | 51,000 | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン① 80歳以上 A-3タイプ (20㎡) | 11,634,000～ 23,325,000 | 277,430円 | 51,000 | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン① 80歳以上 B タイプ (36㎡) 第1 ご入居者 | 25,326,000～ 50,850,000 | 380,270円 | 91,800 | 139,590 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン① 80歳以上 C-1タイプ (40㎡) 第1ご入居者 | 25,326,000～ 50,850,000 | 405,980円 | 102,000 | 155,100 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン① 80歳以上 C-2タイプ (40㎡) 第1ご入居者 | 26,208,000～ 52,725,000 | 405,980円 | 102,000 | 155,100 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン① 80歳以上 B・Cタイプ 第2ご入居者 | — | 148,880円 | — | — | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン② 80歳以上 A-1タイプ (20㎡) | 15,540,000～ 31,050,000 | 226,430円 | — | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン② 80歳以上 A-2タイプ (20㎡) | 16,212,000～ 32,475,000 | 226,430円 | — | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |
| 前払いプラン② 80歳以上 A-3タイプ (20㎡) | 14,322,000～ 28,800,000 | 226,430円 | — | 77,550 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む |

| | | | | | | | | | |
|--|------|--|----------|---|---------|---------|--------|--------|--|
| 前払いプラン② 80歳以上 タイプ (36㎡) ご入居者 | B 第1 | 30,198,000~ 60,600,000 | 288,470円 | — | 139,590 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む | |
| 前払いプラン① 80歳以上 C-1タイプ (40㎡) 第1ご入居者 | | 30,744,000~ 61,725,000 | 303,980円 | — | 155,100 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む | |
| 前払いプラン① 80歳以上 C-2タイプ (40㎡) 第1ご入居者 | | 31,626,000~ 63,600,000 | 303,980円 | — | 155,100 | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む | |
| 前払いプラン① 80歳以上 B・Cタイプ 第2ご入居者 | | — | 148,880円 | — | — | 110,000 | 38,880 | 管理費に含む | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 前払金 = 1か月の家賃相当額 × 想定居住期間 (月数) + 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 月額単価とは、前払金を想定居住期間月数で除したもの (想定居住期間) 確率的にご入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間。公益社団法人全国有料老人ホーム協会の試算プログラム及び自社データをもとに、年齢グループごとの想定居住期間を定めています。 (想定居住期間の説明) 想定居住期間を超えてご入居者の全員が退去するまでの予想家賃相当額。公益社団法人全国有料老人ホーム協会の試算プログラムを参考に、年齢グループごとに必要な予想家賃相当額を定めています。 | | | | | | | |
| | 家賃 | A-1タイプ 371,000円 A-2タイプ 388,000円 A-3タイプ 341,000円 Bタイプ 724,800円 C-1タイプ 735,000円 C-2タイプ 759,000円 建物賃借人への支払い家賃、公租公課、保険料他を算定基礎として設定しています。 | | | | | | | |
| | 管理費 | 居室及び共用施設の維持管理に伴う事務・管理部門の人員費、厨房委託費、光熱水費、備品・消耗品等の諸費用となります。 | | | | | | | |
| | 介護費用 | 当ホームは、要支援者・要介護者2名に対し常勤換算1名以上の人員配置をしています。この介護保険給付の基準を上回る手厚い人員配置に係る費用として、以下の介護費用 (上乘せ介護費) を設定しています。 当ホームが提供する特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を利用いただく場合に要介護状態に応じてお支払いいただきます。尚、入居後に自立となった場合又は当ホームが提供する特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活を利用しない場合、介護費用 (上乘せ介護費) に替えて、入居者の基本的な生活の支援を行うサービス (食事サービス、生活支援サービス及び健康管理サービス) の費用として生活支援費184,800円 (税込) をお支払いいただきます。 要支援1 : 118,800円 要支援2 : 116,600円 要介護1 : 114,400円 要介護2 : 112,200円 要介護3 : 110,000円 要介護4 : 107,800円 要介護5 : 105,600円 (税込) ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | |
| | 食費 | 朝食 378 円・昼食 459 円・夕食 459 円 間食 - 円 1日当たり 1,296 円 × 30日で積算 ※消費税軽減税率対象 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 食事の欠食は3日前までに意思表示をして頂きます。各食のキャンセルが可能です。 | | | | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費に含む | | | | | | | |
| | 短期利用 | 1日当たり 21,151 円 利用料の算出方法 (家賃+管理費+上乘せ介護費) ÷ 30日+食料費 ※介護保険自己負担分別 | | | | | | | |

| 前払金の取扱い | | |
|---|--|------------|
| 支払日・支払方法 | 入居日までに銀行振込でお支払いいただきます。 * 支払先は、請求書に記載。 * お振込みは、ご入居者名義とし振込手数料は、ご入居者負担となります。 * 銀行振込の振込依頼書等の控えをもって預り証等に代えさせていただきますので、お振込み時の振込依頼書等の控えを大切に保管いただきますようお願いいたします。 | |
| 償却開始日 | 入居日から | |
| 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 | 返還金＝前払金－月額単価×経過月数 入居してから1ヶ月経過ごとに月額単価を償却します。契約終了時は、償却残高（月の途中の場合は、1ヶ月を30日として日割り計算し、1円未満の端数は切り捨て。以後、「日額単価」という。）を返還します。 | |
| 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：入居した翌日 |
| | 前払金の返還金額＝前払金－（1か月の家賃相当額÷30日）×「入居期間の暦日数」 ※「入居期間」は入居日から契約終了日まで（入居日と契約終了日の当日を含む）です。 | |
| 返還期限 | 契約終了日から 90日以内 | |
| 保全措置 | あり 保全先：不動産信用保証株式会社 | |
| 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 | 利用月末締め、翌月10日前後請求書送付 利用月翌々月5日に口座振替 | |
| その他留意事項 | 家賃相当額、介護保険の自己負担額は非課税です。それ以外の費用は消費税が課税されます。 * 入退去時の月途中の場合は、1か月を30日として日割り計算にて算出します。（1円未満の単数は切り捨て） * おむつ代、医療費、ご入居者の個別希望による日用品費等、個別選択的なサービス費（介護サービス等の一覧表記載実費サービス）は実費となります。 | |
| 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 | 72,267 | 7,227 |
| 要支援2 | 118,406 | 11,841 |
| 要介護1 | 202,838 | 20,284 |
| 要介護2 | 226,447 | 22,645 |
| 要介護3 | 251,136 | 25,114 |
| 要介護4 | 274,026 | 27,403 |
| 要介護5 | 298,714 | 29,872 |
| 加算の種類 | 算定 | 備考 |
| 個別機能訓練加算 | あり | |
| 夜間看護体制加算 | あり | 要介護のみ |
| 看取り介護加算 | あり(Ⅱ) | 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 | あり(Ⅱ) | 対象者のみ |
| ADL維持等加算 | あり | |
| 科学的介護推進体制加算 | あり | |
| 口腔衛生管理体制加算 | あり | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | あり(Ⅰ) | 対象者のみ |

| | | |
|---------------|--------|-------|
| 退院・退所時連携加算 | あり | 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) | |

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

月額利用料及びその他の費用は、消費者物価指数、経済情勢の変動、管理運営費用、公共料金の変動、その他の相当の事由がある場合、事前に運営懇談会等で意見を聞いた上で決定します。

【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 | A-1タイプ（20㎡）月払いプラン 要介護3 | | |
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 2,226,000 | 0 | 597,430 |

※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 | 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 _____ 印 _____

説明年月日
_____年 月 日

説明者職・氏名

職

氏名 _____ 印 _____

(別紙2) 介護サービス等一覧表

※以下は標準的な介護サービスの内容を記したものであり、実際には、個々の利用者の状況により異なることがあります。
※料金は、税込価格です。

| 区分 | サービス | 自立・要支援1 | | 要支援2・要介護1 | | 要介護2～3 | | 要介護4～5 | | |
|---|------------|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---|
| | | 月額利用料に含むサービス(○印) | 月額利用料に含まないサービス | 月額利用料に含むサービス(○印) | 月額利用料に含まないサービス | 月額利用料に含むサービス(○印) | 月額利用料に含まないサービス | 月額利用料に含むサービス(○印) | 月額利用料に含まないサービス | |
| 介護サービス | 巡回 | 昼間(9～18時) | ○(必要時) | — | ○(ケアプランに準ずる) | — | ○(ケアプランに準ずる) | — | ○(ケアプランに準ずる) | — |
| | | 夜間(18～9時) | — | — | ○(ケアプランに準ずる) | — | ○(ケアプランに準ずる) | — | ○(ケアプランに準ずる) | — |
| | 食事介助 | — | — | ○(必要時見守り) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | |
| | 排泄介助 | — | — | ○(必要時見守り) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | |
| | おむつ交換 | — | — | — | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | |
| | おむつ代 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | |
| | 入浴介助 | ○(2回/週) | 3回目から/週 | ○(2回/週) | 3回目から/週 | ○(2回/週) | 3回目から/週 | ○(2回/週) | 3回目から/週 | |
| | | (注) 週2回を超える入浴(1時間まで) 1人介助1,650円/回、2人介助3,300円/回 | | | | | | | | |
| | 清拭 | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | |
| | 身辺介助 | 体位交換 | — | — | — | — | — | — | ○(必要時) | — |
| | | 居室からの移動 | — | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — |
| | | 衣類の着脱 | — | — | ○(必要時) | — | ○(朝夕、入浴時) | — | ○(朝夕、入浴時) | — |
| | | 身だしなみ介助 | — | — | ○(必要時) | — | ○(朝夕、入浴時) | — | ○(朝夕、入浴時) | — |
| | 機能訓練 | ○(必要時) | — | ケアプランによる | — | ケアプランによる | — | ケアプランによる | — | |
| | 外出介助 | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | |
| (注) ご入居者の特別な希望により行われる、買い物・趣味嗜好等々の外出介助の付添い1回につき、1,650円/30分 | | | | | | | | | | |
| 通院介助 | 協力医療機関 | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | |
| | 上記以外 | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | |
| 協力医療機関外の付添い1,650円/30分、介護タクシー使用時自己負担 | | | | | | | | | | |
| 緊急時対応/ナースコール | ○(24時間対応) | — | ○(24時間対応) | — | ○(24時間対応) | — | ○(24時間対応) | — | | |
| 生活サービス | 居室清掃 | ○(週2回) | — | ○(週2回) | — | ○(週2回) | — | ○(週2回) | — | |
| | 日常の洗濯 | ○(週2回及び必要時) | ご入居者の希望で提供した場合実費 | ○(週2回及び必要時) | ご入居者の希望で提供した場合実費 | ○(週2回及び必要時) | ご入居者の希望で提供した場合実費 | ○(週2回及び必要時) | ご入居者の希望で提供した場合実費 | |
| | リネン交換 | ○(週1回及び必要時) | ご入居者の希望で提供した場合実費 | ○(週1回及び必要時) | ご入居者の希望で提供した場合実費 | ○(週1回及び必要時) | ご入居者の希望で提供した場合実費 | ○(週1回及び必要時) | ご入居者の希望で提供した場合実費 | |
| | 居室配膳・下膳 | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | ○(必要時) | — | |
| | | (注) ご利用者の健康状態等により居室での食事が適当な場合は無料。健康状態に関係なくご利用者の希望による場合は、550円/回 | | | | | | | | |
| | 理美容 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | |
| | 買物代行 | ○(週1回・指定日) | 品物代自己負担 | ○(週1回・指定日) | 品物代自己負担 | ○(週1回・指定日) | 品物代自己負担 | ○(週1回・指定日) | 品物代自己負担 | |
| (注) ご入居者の特別な希望により係る、買い物等に要する送料及び手数料等自己負担 | | | | | | | | | | |
| 金銭管理サービス | — | | | | | | | | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | ○(2回/年) | — | ○(2回/年) | — | ○(2回/年) | — | ○(2回/年) | — | |
| | | 定期健康診断にかかる費用は、自己負担となります。 | | | | | | | | |
| | 健康相談 | ○(随時) | — | ○(随時) | — | ○(随時) | — | ○(随時) | — | |
| | 生活相談 | ○(随時) | — | ○(随時) | — | ○(随時) | — | ○(随時) | — | |
| 医師の往診 | — | 医療費は自己負担 | — | 医療費は自己負担 | — | 医療費は自己負担 | — | 医療費は自己負担 | | |
| 院入中退の院時、移入 | 医療費 | — | 医療費は自己負担 | — | 医療費は自己負担 | — | 医療費は自己負担 | — | 医療費は自己負担 | |
| | 移送サービス | ○(協力医療機関) | 実費 | ○(協力医療機関) | 実費 | ○(協力医療機関) | 実費 | ○(協力医療機関) | 実費 | |
| (注) 協力医療機関の移送にかかるタクシー代は自己負担 | | | | | | | | | | |
| その他 | 行事 | ○ | — | ○ | — | ○ | — | ○ | — | |
| | | (注) 全員参加の定例行事に係る材料費等は月額利用料に含みますが、サービスの一環として行う任意参加の行事に係る材料費等は自己負担となります。 | | | | | | | | |
| その他 | その他の支援サービス | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | — | 実費 | |
| | | ご入居者の趣味嗜好等の付添いサービスに伴う、交通費・入場料等ご負担となります。 | | | | | | | | |

施設名:ソナーレ目黒不動前

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:不動産信用保証株式会社 |
| 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 . 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。