

有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	アスデンシア西新宿
定員・室数	100人 ・ 98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	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`ソカ`イヤルコーポレーション	
	名称	株式会社はれコーポレーション	
主たる事務所の所在地	〒	700-0822	
		岡山県岡山市北区表町1-5-1	
連絡先	電話番号	086-803-5080	
	ファックス番号	086-803-5081	
ホームページ	http://www.hale.co.jp/		
代表者職氏名	役職名	代表取締役	氏名 上川 敏文
設立年月日	平成14年8月8日		
主な事業等	有料老人ホームならびにサービス付き高齢者向け住宅の管理運営		

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	4	あいらの杜 石神井公園	東京都練馬区三原台1-29-15
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	3	あいらの杜 江戸川篠崎	東京都江戸川区篠崎町5-9-1
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	フリカマ	アステンシア西新宿		
	名 称	アステンシア西新宿		
所 在 地	〒 164-0013			
		東京都中野区弥生町一丁目43番12号		
連 絡 先	電 話 番 号	03-5308-3811		
	ファックス番号	03-5308-3812		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.halenosumai.jp/			
介護保険事業所番号	第1371406081号			
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名	門 智昭
事 業 開 始 年 月 日	令和3年4月1日			
届 出 年 月 日	令和1年12月5日			
届出上の開設年月日	令和3年4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3年4月1日		
	指定の有効期間	令和9年3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）	令和3年4月1日		
	指定の有効期間	令和9年3月31日 まで		

事業所へのアクセス	都営大江戸線 西新宿五丁目駅下車 0.9km					
施設・設備等の状況						
敷地	権利形態	—	抵当権	なし		
	面積	1,753.61 m ²				
建物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし		
	延床面積	4,198.37 m ² うち有料老人ホーム分 3,737.01 m ²				
	竣工日	令和3年2月28日 予定				
	階数	地上 5 階 地下 なし 階				
		うち有料老人ホーム分 地上 5 階 地下 なし 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 (保育所)				
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	令和3年3月1日 ~ 令和33年2月28日			
		自動更新	あり			
居室	階	定員	室数	面積		
	1階			m ² ~ m ²		
	2階	1人	28	18 m ²	~ 18 m ²	
	3階	1人	28	18 m ²	~ 18 m ²	
	4階	1人	23	18 m ²	~ 18 m ²	
	4階	2人	1	28.7 m ²	~ 28.7 m ²	
	5階	1人	17	18 m ²	~ 18 m ²	
	5階	2人	1	28.7 m ²	~ 28.7 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：8 大浴槽：0 機械浴：2		
	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 (応接室、健康管理室、脱衣室)					
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	1.0	
生活相談員	1					1人	1.0	
看護職員：直接雇用	8					8人	8.0	

看護職員：派遣					0人	0.0			
介護職員：直接雇用	23				23人	23.0			
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人	1.0			
栄養士					0人				
調理員					0人				
事務員					0人				
その他従業者					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									
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									
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									
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									
④ 夜勤・宿直体制									
配置職員数が最も少ない時間帯				時	分～	時	分		
上記時間帯の職員配置数				介護職員	人以上	看護職員	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					3.0 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		8		23		1		1		1	
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		8	0	23	0	1	0	1	0	1	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	計画作成担当者が作成するケアプランに沿って安否確認を行います。
施設で対応できる医療的ケアの内容	施設の看護師が医療的ケアを実施します。罹病または負傷し治療が必要となった場合は、協力医療機関または希望するその他の医療機関等において、治療が受けられるよう対応します。また、胃ろうや在宅酸素等につきましては、協力医療機関医師との事前の相談が必要となります。

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 慶津会 北新宿ホームクリニック
	所在地	東京都新宿区北新宿4-11-13 距離：約3.8m 所要時間：14分(車)
	協力の内容	診療科目：内科、精神科 協力内容：訪問診療、往診、受診、治療 ※医療費等は利用者負担となります。
協力医療機関(2)	名称	医療法人社団 黎明会 新宿東メトロクリニック
	所在地	東京都新宿区新宿7-26-48 距離：約4.3m 所要時間：12分(車)
	協力の内容	診療科目：内科 協力内容：訪問診療、往診、受診、治療 ※医療費等は利用者負担となります。
協力医療機関(3)	名称	わかやま透析クリニック中野南台
	所在地	東京都中野区南台3-6-17 距離：約1.5m 所要時間：6分(車)
	協力の内容	診療科目：人工透析、腎臓内科 協力内容：受診、治療 ※医療費等は利用者負担となります。
協力医療機関(4)	名称	独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター
	所在地	東京都新宿区百人町3-22-1 距離：約3.3m 所要時間：14分(車)
	協力の内容	診療科目：内科、整形外科、消火器内科 協力内容：受診、治療 ※医療費等は利用者負担となります。
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 高輪会 サンフラワービル歯科
	所在地	東京都品川区南品川2-7-9 距離：約12.7km 所要時間：20分(車)
	協力の内容	診療科目：歯科 協力内容：訪問歯科診療、受診、治療 ※医療費等は利用者負担となります。

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
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)
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
口腔衛生管理体制加算	あり

栄養スクリーニング加算	あり
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	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	概ね65歳以上
	要介護度	自立・要支援・要介護
	医療的ケア	要相談
	認知症	要相談
	その他	身元引受人を2名立てられる方
身元引受人等の条件、義務等	身元引受人の条件は印鑑証明を取得できる方で、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務において、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときには入居者の身柄を引き取るものとする。	
体験入居	利用期間	原則3日間
	利用料金	宿泊費として1泊2日 20,000円
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	負担については、家賃相当額及び管理費については、不在の場合であっても費用が発生します。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	当ホームでは、介護サービスの提供に当たっては、入居者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、身体拘束その他入居者の行動の制限は行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、あらかじめ「非代替性」「一時性」「切迫性」の3つの要件についてそれぞれ検討についてそれぞれ検討の上その経過及び結果を記録するとともに家族等に説明し、同意を得ます。また、拘束の実施にあたっては、その態様及び時間、その際の入居者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、定期的な見直しの際の資料とするとともに、退去した日から2年間保存します。なお、ご家族等の要求がある場合、及び監督機関等の指示等がある場合には、これを開示します。	
事業者からの契約解除	事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本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、入居契約書第29条（事業者からの契約解除）第2項及び第3項に規定した条件の下に、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、しばしば遅滞するとき 三 第3条第4項の規定に違反したとき 四 第20条第1項又は第2項の規定に違反したとき 五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命、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通常の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	

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	アスデンシア 西新宿
電話番号	03-5308-3811
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月曜日～金曜日)
窓口の名称 2	東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
電話番号	03-6238-0177
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月曜日～金曜日 (土日祝日を除く))
窓口の名称 3	中野区 介護高齢者支援課 介護事業者係
電話番号	03-3228-8878
対応時間	8:30 ~ 17:15 (月曜日～金曜日 (祝日を除く))
窓口の名称 4	東京都庁 福祉保健局 高齢社会対策本部 施設支援課
電話番号	03-5320-4537
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月曜日～金曜日 (祝日を除く))
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称 : 介護保険・社会福祉事業者総合保険(あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)
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 :	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
6 5 歳未満								
6 5 歳以上 7 5 歳未満								
7 5 歳以上 8 5 歳未満								
8 5 歳以上								
合計	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	あり		
金額	750,000 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
(2F・3F) 月払い方式	0円	349,980円	240,000	21,000		71,280	17,700
(2F・3F) 前払い方式	15,120,000円	205,980円	96,000	21,000		71,280	17,700
(4F・5F) 前払い方式	15,120,000円	235,980円	126,000	21,000		71,280	17,700
(401・501号室) 前払い方式	15,120,000円	370,980円	261,000	21,000		71,280	17,700
(401・501号室：2人) 前払い方式	15,120,000円	480,960円	261,000	42,000		142,560	35,400
各料金の内訳・明細	前払金	月額単価（144,000円）× 想定居住期間（84月）+ 想定居住期間を越えて契約が継続する場合に備えて受領する額（3,024,000円）により算出 （月額単価の説明） 前払金のうち20%を「想定居住期間を越えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額」として合理的に算出された額を前払金の非返還対象分とし、残りの80%を償却期間84ヶ月（2557日）で均等償却する。 $144,000\text{円}/\text{月} \times 84\text{ヶ月} \text{（償却期間）} + \text{想定居住期間を越えて契約が継続する場合に備えて受領する額} \text{（}3,024,000\text{円）} = 15,120,000\text{円}$ （想定居住期間の説明） 84ヶ月：過去の実績等から以下の前提条件を設け、公益社団法人全国有料老人ホーム協会が運営する入居者生活保証制度におけるデータを使用して、想定居住期間等を策定。					
	家賃	施設借上料を基に月額負担額を選択する家賃を設定 月払い方式：240,000円：非課税 前払い方式：96,000円～261,000円（非課税）					
	管理費	事務・管理部署の人員費及び事務費、入居者への日常生活支援サービス提供のための人員費等 21,000円（非課税）・42,000（非課税：2人分）					
	介護費用	自立者生活支援費用：66,000円（課税：自立のみ・1人あたり） （利用者が自立の場合、自立者の生活を支援することも含めた職員体制の維持に必要な費用） ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					

細	食費	朝食 660 円・昼食 858 円・夕食 858 円 間食 0 円 1日当たり 2,376 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) 食事を欠食される場合は、2日前までにお知らせください。 欠食の場合食材費の返金となります。朝 300円 昼 400円 夕 400円
	光熱水費	共用施設等の維持管理費・施設内水道代・ガス代・共用部分電気代・備品・消耗品費・修繕積立金・法定点検費 共益費 17,700円(非課税)・35,400円(非課税:2人分) 居室内電気代については、各室の使用実績に応じて支払うものとする:課税 水道代(居室内) 1,100円(課税) オゾン脱臭機器使用料 990円(課税) 冷暖房費加算 3,000円(非課税)

前払金の取扱い

支払日・支払方法	ご入居までに当社の指定する銀行口座へ振り込んで頂きます。	
償却開始日	入居日	
返還対象としない額	あり	前払金の20%
	位置づけ	想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当
契約終了時の返還金の算定方式	下記の算式により返還金を算出します。 返還金 = 15,120,000 × 80% ÷ 2557日 × 契約終了日から償却期間	
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
	入居日の翌日から3月以内の契約解除の場合又は死亡により契約終了の場合は、受領済みの前払い金を全額返還します。但し、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領します。 ・算定方法 (15,120,000円 × 80% ÷ 84か月) ÷ 30日 = 4,800円 ・月払い利用料については、日割り精算を行います。 ・必要な現状回復費用があれば、受領します。	
返還期限	契約終了日から 90 日以内	
保全措置	あり 保全先: 株式会社中国銀行	
その他留意事項	株式会社中国銀行を受託者とする入居金等保証委託契約方式の保証契約をもって行います。	

月額利用料の取扱い

支払日・支払方法	月額の管理費、食費、家賃の支払については、翌月分を前払いすることとし、又、居室電気代、立替費用は前月分を毎月25日(銀行休業日の場合は翌日)に、銀行口座から自動引落します。なお、引落する口座は当社の指定する銀行の口座とします。銀行引き落とし手数料は、入居者負担とします。入居者又は身元引受人宛に費用項目との明細をつけ毎月15日までに請求します。なお、自動引落が不能な場合は、当社指定口座への振込みにて支払っていただきます。
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)を負担する。

(30日換算・自己負担1割の場合)

介護度	基本単位 a	加算 b	処遇改善加算 $c=(a+b) \times d$ 小数点以下 四捨五入	総単位数 $e=a+b+c$	介護報酬 $f=e \times$ 地域別単価 小数点以下 切捨て	自己負担額 $g=f \times 0.1$ 小数点以下 切上げ
要支援1	5,430	390	477	6,297	68,637円	6,864円
要支援2	9,300	390	795	10,485	114,286円	11,429円
要介護1	16,080	690	1,375	18,145	197,780円	19,778円
要介護2	18,060	690	1,538	20,288	221,139円	22,114円
要介護3	20,130	690	1,707	22,527	245,544円	24,555円
要介護4	22,050	690	1,865	24,605	268,194円	26,820円
要介護5	24,120	690	2,034	26,844	292,599円	29,260円

	加算の種類	単位・割合	算定	備考
b	個別機能訓練加算	12/日	あり	
	夜間看護体制加算	10/日	あり	要介護のみ
	看取り介護加算	144～1,280/日	あり	対象者のみ
	医療機関連携加算	80/月	あり	対象者のみ
	認知症専門ケア加算	0/日	なし	
	サービス提供体制強化加算	0/日	なし	
	入居継続支援加算	0/日	なし	要介護のみ
	生活機能向上連携加算	0/月	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	0/日	なし	対象者のみ
	口腔衛生管理体制加算	30/月	あり	
	栄養スクリーニング加算	5/1回	あり	対象者のみ
	退院・退所時連携加算	30/日(上限30日)	あり	対象者のみ
d	介護職員処遇改善加算	8.20%	あり(I)	

当ホームの地域別単価は10.9です。(中野区)
看取り介護加算を算定した月においては自己負担額が変動します。

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 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

ホーム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の上、運営懇談会の意見を聴いて改定します。

【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	月払い方式		
	単位：円		
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	750,000	0	349,980

*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	公開していない
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

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

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	その都度徴収するサービス(料金を表示)
			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▲
<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		実費		実費
入浴(一般浴)介助		30分/1,980円	■	1週間に2回(3回以上は個別有料サービス)30分/1,980円
清拭		30分/1,980円	■	1週間に2回(3回以上は個別有料サービス)30分/1,980円
特浴介助		30分/1,980円	■	1週間に2回(3回以上は個別有料サービス)30分/1,980円
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)		30分/1,100円		30分/1,100円
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	○	リネンリース(4,950円/月)を利用頂けま	■	リネンリース(4,950円/月)を利用頂けます。(税
日常の洗濯	○	クリーニングは外部業者委託	■	クリーニングは外部業者委託
居室配膳・下膳	○		■	
嗜好に応じた特別食		実費		実費
おやつ		実費		実費
理美容		実費		実費
買物代行(通常の利用区域)	○	1時間以上1時間1,100円。交通費実費	■	1時間以上1時間1,100円。交通費実費
買物代行(上記以外の区域)		1時間以上1時間1,100円。交通費実費		1時間以上1時間1,100円。交通費実費
役所手続き代行		1時間以上1時間1,100円。交通費実費		1時間以上1時間1,100円。交通費実費
金銭管理サービス	—	—	—	—

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回の受診の機会を提供します。費用は		年2回の受診の機会を提供します。費用は実費。
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		医療費自己負担		医療費自己負担
医師の往診		医療費自己負担		医療費自己負担
<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)		30分/1,980円		30分/1,980円
入院中の洗濯物交換・買物		対応なし		対応なし
入院中の見舞い訪問		対応なし		対応なし
<その他サービス>				

施設名：アスデンシア西新宿

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
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
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。