

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| | | | |
|-------|------|---|------|
| 施設名 | 天文館 | | |
| 定員・室数 | 34 人 | ・ | 34 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（自立含む） |
| 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 | カブシキガイシャテンモンカン | | |
| | 名 称 | 株式会社母の手 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 192-0153 | | |
| | 東京都 八王子市 西寺方町 383-1.2F | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 042-652-9292 | | |
| | ファックス番号 | 042-652-9922 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.web-clover.net/tenmonkan | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 久保 英生 |
| 設 立 年 月 日 | 平成22年6月4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 | ケアサービスひまわり | 東京都八王子市西寺方町664 |
| 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 | 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 | 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 | 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 | テンモンカン | | |
| | 名 称 | 天文館 | | |
| 所 在 地 | 〒 | 192-0153 | | |
| | 東京都八王子市西寺方261-1 | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 042-652-9111 | | |
| | ファックス番号 | 042-652-9922 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | tenmonkannisitera@gmail.com | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 山田 宏美 |
| 事 業 開 始 年 月 日 | | | 平成 22 年 11 月 1 日 | |
| 届 出 年 月 日 | | | 平成 27 年 1 月 29 日 | |
| 届出上の開設年月日 | | | 平成 27 年 3 月 1 日 | |
| 事業所へのアクセス | JR高尾駅からバス（宝生寺団地行ー中小田野・下車3分） | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | — | 抵当権 | なし |
| | 面 積 | 875.32 m ² | | |
| | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | なし |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------|---------------|-----------------------|------------|------------|----------------|-----------------------|-----|------------|----------------|----------------|----|--|
| 建 物 | 延床面積 | | 567.71 m ² | | うち有料老人ホーム分 | | 567.71 m ² | | | | | | |
| | 竣工日 | | 平 成 22 年 4 月 6 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23年7月19日 | | ～ | | 令和12年6月30日 | | | | |
| | | | 自動更新 | | あり | | | | | | | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | | | | | | | | | |
| | 1階 | 1人 | 18 | | 7.05 | m ² | ～ | | 7.05 | m ² | | | |
| | 2階 | 1人 | 16 | | 7.05 | m ² | ～ | | 7.05 | m ² | | | |
| | | | | | | m ² | ～ | | | 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 | | |
| | | | | | | | 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 | | 全室あり | | | | | | | | | |
| | | 電話回線 | | なし | | () | | | | | | | |
| | | テレビアンテナ端子 | | なし | | () | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 共 同 便 所 | | 5 箇所 | | (一部男女共用) | | | | | | | | | |
| 共 同 浴 室 | | 個浴： | | 2 | | 大浴槽： | | 0 | | 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) | | | | | | | |
| | | 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： | | 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 | 相談員兼務 |
| 生活相談員 | | | 1 | | | 1人 | 0.3 | 施設長兼務 |
| 看護職員：直接雇用 | | | | | | 0人 | | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |

| | | | | | | | |
|-----------|--|---|---|----|-----|-----|------------------|
| 介護職員：直接雇用 | | 5 | | 13 | 18人 | 0.5 | 天文館とケアサービスひまわり兼務 |
| 介護職員：派遣 | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | 0人 | | |
| 栄養士 | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | | 1 | 3 | | 4人 | 0.6 | 事務兼務 |
| 事務員 | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 厨房兼務 |
| 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 | | | 4 | | 9 | |
| 実務者研修 | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | 2 | | 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 | | 0 | | | | |
| 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

介護福祉士

④ 夜勤・宿直体制

| | |
|----------------|-----------------------|
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | 21 時 0 分～ 5 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 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 | 1 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 1 | 1 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 1 | 3 | | | | | | |
| 10年以上 | | | | 1 | 6 | 1 | | | | | |
| 合計 | | 0 | 0 | 5 | 13 | 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 | (直営) |
| 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） | なし | |
| 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1回、夜間1回居室訪問 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 原則対応不可 |

医療機関との連携・協力

| | | |
|-------------------|-------|-----------------|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 西てらかた医院 |
| | 所在地 | 東京都八王子市西寺方383-1 |
| | 協力の内容 | 訪問診療 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 仁和会総合病院 |
| | 所在地 | 東京都八王子市明神町4-8-1 |
| | 協力の内容 | 診察・入院・治療 |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 有無 | あり |
| | 名称 | 西てらかた医院 |
| | 所在地 | 東京都八王子市西寺方383-1 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | アイデンタルオフィス |
| | 所在地 | 東京都八王子市元本郷町6-16 |
| | 協力の内容 | 訪問歯科 週1回 |

| | | |
|-----------------------------|----|-------------|
| 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 | 60歳以上（左記以外の方は要相談） |
| | 要介護度 | 要介護1～5 |
| | 医療的ケア | 日常的な医療行為がない方 |
| | 認知症 | 要相談 |
| | その他 | 集団生活を営むに支障のない方 |

| | | | |
|---------------------|--|--|-----|
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元保証人は入居者様の法定相続人が就任するものとします。法定相続人がいない場合、事業者の承諾を得て他の方が就任する事ができます。身元引受人は本契約もとづく入居者の事業者に対しての一切の義務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、入居者の身上面に関する利益を代弁し、必要に応じ入居者の身柄を引き取るものとします。また、入居者が死亡した場合は遺体及び遺留品を引き取る者とします。 | | |
| 体験入居 | 利用期間 | 連続利用10日間（空室時のみ可） | |
| | 利用料金 | 1泊2日（3食付き）5,000（税込）/1人 | |
| | その他 | 無し | |
| 入院時の契約の取扱い | 入院・外泊等1ヵ月を超える不在の場合はその月は管理費・室料のみを請求します。また、入院日から起算し90日をもって解除させていただきます。 | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 指針の整備 | | あり |
| | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | （年 | 4回） |
| | 定期的な研修の実施 | （年 | 4回） |
| | 担当者の役職名 | 施設長 | |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 指針の整備 | | あり |
| | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | （年 | 2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態様及び時間、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 | 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況、並びに緊急やむを得ない理由を記録します | |
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画 | | あり |
| | 災害に関する業務継続計画 | | あり |
| | 職員に対する周知の実施 | | あり |
| | 定期的な研修の実施 | （年 | 1回） |
| | 定期的な訓練の実施 | （年 | 1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 | 将来にわたり入居する事が会社通念状、著しく困難と認められる場合（詳細は入居契約書第29条参照） | | |

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 | |
| 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 | | 天文館 | | | | | | | |
| | 電話番号 | 042-652-9111 | | | | | | | |
| | 対応時間 | 9:00 ~ 18:00 (月・火・水・木・金) | | | | | | | |
| 窓口の名称 2 | | 株式会社 母の手事業部 | | | | | | | |
| | 電話番号 | 042-652-9042 | | | | | | | |
| | 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月・火・水・木・金) | | | | | | | |
| 窓口の名称 3 | | 八王子市役所 福祉部高齢者福祉課 苦情相談窓口相談担当 | | | | | | | |
| | 電話番号 | 042-620-7420 | | | | | | | |
| | 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： 損保ジャパン日本興亜（株）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： | | 80.3 歳 | | 入居者数合計： | | 33 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 | | | | | | 1 | | | |
| 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | | | | 1 | 2 | 3 | 2 | | |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | | | | 3 | 3 | 7 | 3 | 1 | |
| 8 5 歳以上 | | | | 3 | 2 | | 1 | 1 | |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 7 | 7 | 11 | 6 | 2 | |
| 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 | 7 | 15 | 2 | 8 | 0 | 33 | | |
| 男女別入居者数 | | 男性： | | 20 人 | | 女性： | | 13 人 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 97 % （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 | 1 | | | | |
| 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 | 5 | | | | |
| 介護医療院へ転居 | | | | その他 | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|--|--|--------|--|---|--|
| 他の有料老人ホームへ転居 | | | 退去者数合計 | | 7 | |
|--------------|--|--|--------|--|---|--|

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 | 200,000 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 |
| 月額利用料 | | 121,740円 | 50,000 | 11,000 | 0 | 48,240 | 12,500 |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 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 | 賃貸し物件の使用における対価 | | | | | | | | | |
| | 管理費 | 設備や共同部分の補修、清掃、維持管理 | | | | | | | | | |
| | 介護費用 | 無し ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | | | | | |
| | 食費 | 朝食 | 536 | 円・昼食 | 536 | 円・夕食 | 536 | 円 | 間食 | 0 | 円 |
| | | 1日当たり 1,608 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) 前日までに職員に申し出れば、キャンセル料なし、欠食扱いとなる | | | | | | | | | |
| 光熱水費 | ¥12,500— | | | | | | | | | | |

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 | 基本毎月23日口座引き落とし又は入居時に協議した支払い方法で徴収する |
| その他留意事項 | 火災保険料2年に1回（20,270円）徴収します |

| | |
|--------------------------|----|
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | 無料 |
|--------------------------|----|

料金改定の手続

| |
|--------------------------|
| 利用者、利用者ご家族の了承を得て市役所に届を出す |
|--------------------------|

【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 | 入居保証金として |
|--------|----------|

単位：円

| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
|--------|---------|-----|---------|
| 0 | 200,000 | 0 | 121,740 |

※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 | 公開していない |
| 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 | 公開していない | その他開示情報 | 公開していない |

8 その他

| | | | |
|----------------------------|----|-------|------|
| サービス提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | あり | その内容： | 賠償保険 |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | | |

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 | | |

| |
|---------|
| 説明年月日 |
| 年 月 日 |
| 説明者職・氏名 |
| 職 |
| 署名 |

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 | 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に含むサービスに○ | 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 | | ○ | | 1回/550 |
| 排泄介助 | | ○ | | 1回/550 |
| おむつ交換 | | ○ | | 1回/550 |
| おむつ代 | | ○ | | 1回/550 |
| 入浴（一般浴）介助 | | ○ | | 1回/550 |
| 清拭 | | ○ | | 1回/550 |
| 特浴介助 | | | | |
| 身辺介助 | | | | |
| ・体位交換 | | ○ | | 1回/550 |
| ・居室からの移動 | | ○ | | 1回/550 |
| ・衣類の着脱 | | ○ | | 1回/550 |
| ・身だしなみ介助 | | ○ | | 1回/550 |
| 口腔衛生管理 | | | | |
| 機能訓練 | | | | |
| 通院介助 （協力医療機関） | | | | |
| 通院介助 （上記以外） | | ○ | | 1H/550円 |
| 緊急時対応 | | ○ | | 1H/550円 |
| オンコール対応 | | ○ | | 1H/550円 |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | | ○ | | 1回/550 |
| リネン交換 | | ○ | | 1回/550 |
| 日常の洗濯 | | ○ | | 1回/550 |
| 居室配膳・下膳 | ○ | | ○ | 食事時間内に限る |
| 嗜好に応じた特別食 | | | | |
| おやつ | | | | 実費 |
| 理美容 | | | | 実費 |
| 買物代行（通常の利用区域） | | ○ | | 1H/550円 |
| 買物代行（上記以外の区域） | | ○ | | 1H/550円 |
| 役所手続き代行 | | ○ | | 1H/550円 |
| 金銭管理サービス | | ○ | | 1ヵ月/2222（税込み） |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | | | 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 | | | | |
| 医師の往診 | | | | |
| <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） | | ○ | | 1H/550円 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | ○ | | 1H/550円 |
| 入院中の見舞い訪問 | | | | |
| <その他サービス> | | | | |

この様式は参考様式です。施設ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- 注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

基準日：令和7年7月1日

施設名：

八王子市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 | |
| 8 | 災害時の関係機関への通報及び連携体制並びに地域との連携体制を整備し、これらを定期的に職員に周知しているか。 | ○ 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 | | | | | |
| 9 | 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 | . | 不適合 | |
| 10 | 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 | . | ○ 不適合 | 既存の物件を地域資源とし需要のある老人ホームとして有効活用している為、1室あたりの広さが7.05㎡となっている |
| 11 | 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 | |
| 12 | 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 | |
| 13 | 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 | |
| | | ○ 適合 | . | 不適合 | |

| | | | | | |
|------------------|---|-------------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|
| 14 | 入居者への虐待の防止早期発見のため、職員に対する研修の実施その他の必要な措置を講じているか。 | 適合 | ・ | 不適合 | |
| 15 | 職員の資質向上のために、外部研修その他、適切な研修の機会を確保しているか。 | <input checked="" type="radio"/> 適合 | ・ | <input type="radio"/> 不適合 | |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | | | | |
| 16 | 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 | ・ | <input type="radio"/> 不適合 | 保全先: |
| 17 | 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 | ・ | <input type="radio"/> 不適合 | 初期償却率: % |
| 18 | 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。 | <input type="radio"/> 適合 | ・ | <input type="radio"/> 不適合 | <input checked="" type="radio"/> 非該当 |
| その他 | | | | | |
| 19 | 入居希望者への事前の情報開示することが定められているか。 | <input checked="" type="radio"/> 適合 | ・ | <input type="radio"/> 不適合 | |

※ 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。