

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	有料老人ホームさかいⅡ	
定員・室数	13人・13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 别		當利法人
	フリカナ	ニッチュウツウショウカブ シキガ イシャ	
主たる事務所の所在地	〒 194-0211	日中商株式会社 東京都町田市相原町1220-15	
連絡先	電 話 番 号	042-779-7806	
	ファックス番号	042-774-7060	
ホ ー ム ペ ー ジ	なし		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名 米山 純河
設立年月日	平成3年3月1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	ヘルパーステーション相原	東京都町田市相原町1220-15
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	ヘルパーステーション相原デイサービスセンター	東京都町田市相原町4-5
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	ヘルパーステーション相原	東京都町田市相原町1220-15

<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	ユウリヨウロウジンホームサカイツ	
	名 称	有料老人ホームさかいⅡ	
所 在 地	〒 194-0211	東京都町田市相原町字根岸3024-5	
連 絡 先	電 話 番 号	042-782-2556	
	ファックス番号	042-782-2555	
ホ ー ム ペ ー ジ	なし		
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名 浅沼 年子
事 業 開 始 年 月 日			令 和 4 年 4 月 1 日
届 出 年 月 日			令 和 4 年 2 月 28 日
届出上の開設年月日			令 和 4 年 4 月 1 日
事 業 所 へ の ア ク セ ス	JR相原駅からバスで5分、徒歩で25分		

施設・設備等の状況								
敷 地	権利形態		所有	抵当権	なし			
	面 積	452.63 m ²						
建 物	権利形態	所有	抵当権	なし				
	延床面積	361.46 m ²		うち有料老人ホーム分 361.46 m ²				
	竣工日	令和3年11月1日						
	階 数	地上 1~2 階 地下 なし 階						
		うち有料老人ホーム分 地上 1~2 階 地下 なし 階						
	構造	準耐火建築物		建築物用途区分	老人ホーム			
賃貸借契約の概要	併設施設等	なし ()						
	契約期間							
		自動更新		なし				
居 室	階	定員	室数	面積				
	2階	1人	6	13.24 m ²	~	13.24 m ²		
	1階	1人	6	13.24 m ²	~	13.24 m ²		
	2階	1人	1	15.25 m ²	~	15.25 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	4 箇所	(男女共用)		
共同浴室	個浴：なし 併設施設との共用	大浴槽：あり なし()	機械浴：なし	
食堂	兼用 併設施設との共用	あり()	機能訓練室と兼用)
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	0.1	介護職員と兼務
生活相談員					0人		
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		1	6		7人	4.0	管理者と兼務
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					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	0	0	1	0	
実務者研修	0	0	0	0	
介護職員初任者研修	0	1	5	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	

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 介護初任者研修

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯	19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 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
1年未満										
1年以上3年未満										
3年以上5年未満				1	6					
5年以上10年未満										
10年以上										
合計		0	0	1	6	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	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）	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	定期的な安否確認の方法は必要に応じ、2時間毎又は随時巡回を実施致します。
施設で対応できる医療的ケアの内容	・住宅型のため入居者に医療的ケアは行わない ・1日一回血圧測定実地

医療機関との連携・協力

協力医療機関(1)	名称	そうわクリニック
	所在地	〒252-0144 神奈川県相模原市緑区東橋本3丁目18番7号
	協力の内容	急病時対応と入院の必要性が生じた場合、入院できる病院を紹介する。診察科目 一般内科、外科、心療内科、循環器内科、泌尿器科、呼吸器内科 利用者の費用負担：保険による自己負担 医療機関の距離：4.7km
協力医療機関(2)	名称	なし
	所在地	なし
	協力の内容	なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	有無	なし
	名称	なし
	所在地	なし
協力歯科医療機関	名称	ひまわり歯科
	所在地	神奈川県相模原市中央区相模原5-1-7
	協力の内容	定期的に訪問をし口腔内の検診や治療や専門的な口腔ケアを指導しする。診察科目 歯科 利用者の費用負担：保険による自己負担 医療機関の距離：8.2km
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	65歳以上もしくは40歳から65歳要介護認定を受けている方
	要介護度	要支援・要介護
	医療的ケア	対応不可
	認知症	対応可能
身元引受人等の条件、義務等	その他	費用負担のできる方・身元引受人のいる方
	利用者の支払いについて、入居者と連帯して責任を負うことになります。また必要な時には入居者を引き取る場合があります。	
体験入居	利用期間	利用の上限2泊3日
	利用料金	1泊室料2400円の食事代1日1300円の計3700円
	その他	満室の場合は対応できません
入院時の契約の取扱い	入院期間に係わらず入居契約は継続します。月額費用の負担の変更なしただし食事代は料金に含まれません。	

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 2回)
	定期的な研修の実施	(年 1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 1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様態及び時間、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	<p>緊急やむを得ず身体拘束を行う場合（「切迫性」・「非代替性」・「一時性」の3要件全てを満たす事態が発生）緊急やむを得ない場合、施設職員全体で協議し施設長の最終判断により実施いたします。この場合ご家族様に身体拘束について説明させていただき（例えは4点柵の実施等）、身体拘束同意書に署名いただき、身体拘束の状況について記録を取り保管します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・そのうえで利用者本人及び家族に対して身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯期間等を施設長より詳しく説明をし理解を得る。 ・やむを得ず身体拘束を行ってからも、常に観察し要件に該当しなくなった時点で直ちに解除する。 ・それらの一連の経過（態様及び時間、利用者の心身の状況等）さらに緊急やむを得なかつた理由を観察記録に記載する。
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 2回)
	定期的な訓練の実施	(年 2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	<p>以下の場合30日の予告期間を置いて、この契約の解除を通知する事が出来る</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。 2. 家賃及びその他費用等の支払いを怠って、その滞納額が6ヶ月に達したとき。 3. 承認を得ないで、第三者の同居及び居室の造作、模様替えの等の行為があったとき。 4. 建物又は付帯設備を故意又は重大な過失により汚損、破壊又は滅失したとき。 	

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	ヘルパーステーション相原	
電話番号	042-779-7806	
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月曜日~土曜日)	
窓口の名称 2	町田市いきいき生活部介護保険課	
電話番号	042-724-4364	
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日)	
窓口の名称 3	東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課	
電話番号	03-5320-4296	
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日)	
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：		入居者数合計： 10 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							1			
65歳以上75歳未満							1			
75歳以上85歳未満							2	1		
85歳以上							1	3	1	
合計		0	0	0	0	0	4	5	1	

入居継続期間別入居者数

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 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			10				10

男女別入居者数 男性： 4 人 女性： 6 人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 77 % (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	150,000 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

各料金の内訳・明細	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
	Aタイプ		110,000円	46,000	20,000	0	39,000	5,000
			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	近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な金額として46000円として設定						
	管理費	職員の人事費、共用施設の維持費 入居者健康管理及び事務諸経費などに係わる負担です。						
	介護費用	要事項説明書別紙に記載しております。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
	食費	朝食 350 円・昼食 450 円・夕食 500 円 間食 0 円 1日当たり 1,300 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) 前日までに所定用紙にて届出をしていただければ食費キャンセルは無料です。 それ以後は実費負担となる						
	光熱水費	5000円 (居室のガス、電気、水道代金)						

前払金の取扱い			
支払日・ 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			
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	前月ご利用分を翌月26日にきらぼし銀行から引き落としを致します。引き落とし以外のお支払いの要望がございましたらご相談ください		
その他留意事項	なし		
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			
①料金の改定前に運営懇談会を開き改定の根拠等を説明し、利用者等の意見を聴いてから利用料を改定致します。 ②改定後は、30日以内に、東京都に利用料改定に係る変更届出を提出致します。			
【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プラン		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
なし	150,000	なし	110,000
※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	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に公開	財務諸表の原本	入居希望者に公開
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 _____	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)
<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				1着100円
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			○	
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)			○	
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				1回150円
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				

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>				▲ 年二回希望者には実施
定期健康診断			○	
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)				▲
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:有料老人ホームさかいⅡ

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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合	・ 不適合	
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合	・ 不適合	
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13m ² 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7.43m ² 以上)であるか。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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

※ 開設日前にあっ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。