別紙様式(R8.4月版)　　基準日　令和8年9月1日　現在

# 有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| 施設名 | 特定有料老人ホーム信愛苑 |
|---|---|
| 定員・室数 | 49 人 ・ 42 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 | 自立のみ |
| 介護保険の利用 | 居宅サービス利用可 |
| 居室区分 | 定員１～２人（親族のみ対象） |

## １　事業主体

| | | |
|---|---|---|
| 名称 | 法人等の種別 | 社会福祉法人 |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｼｬｶｲﾌｸｼﾎｳｼﾞﾝ ｼﾝｱｲﾎｳｵﾝｶｲ |
| | 名称 | 社会福祉法人　信愛報恩会 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 204-0024 | 東京都清瀬市梅園2丁目3番15号 |
| 連絡先 | 電話番号 | 042-433-4300 |
| | ファックス番号 | 042-433-4301 |
| ホームページ | http:// | |
| 代表者職氏名 | 役職名 理事長 | 氏名 越永　守道 |
| 設立年月日 | 昭和22年5月21日 | |
| 主な事業等 | 信愛病院（無料低額診療事業病院）・信愛の園（特別養護老人ホーム） | |

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信愛 | 東京都清瀬市梅園2-5-9 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | 1 | 訪問看護ステーションほほえみ | 東京都清瀬市下清戸1-305-1 |
| 訪問リハビリテーション | 1 | 訪問看護ステーションほほえみ | 東京都清瀬市下清戸1-305-1 |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | 2 | デイサービスセンター信愛他 | 東京都清瀬市梅園2-3-15 |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | 1 | 信愛の園 | 東京都清瀬市梅園2-3-15 |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 | 信愛の園 | 東京都清瀬市梅園2-3-15 |
| 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 | 1 | グループホームひまわり | 東京都清瀬市下清戸1-305-1 |
| 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 | | |
| 複合型ｻｰﾋﾞｽ（看護小規模多機能型居宅介護） | 1 | 複合型ケアほほえみ | 東京都清瀬市下清戸1-305-1 |
| 居宅介護支援 | 1 | 清瀬市在宅介護支援センター信愛 | 東京都清瀬市梅園2-3-15 |
| ＜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 | 1 | 訪問看護ステーションほほえみ | 東京都清瀬市梅園2-5-9 |
| 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 | 1 | 信愛の園 | 東京都清瀬市梅園2-3-15 |
| | 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 | | 1 | きよせ信愛地域包括支援センター | 東京都清瀬市梅園2-3-15 |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| | 介護老人福祉施設 | 1 | 信愛の園 | 東京都清瀬市梅園2-3-15 |
| | 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 | フリガナ | トクテイユウリョウロウジンホーム シンアイエン | | |
| | 名称 | 特定有料老人ホーム　信愛苑 | | |
| 所在地 | 〒 204-0024 | 東京都清瀬市梅園2丁目4番4号 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 042-491-8100 | | |
| | ファックス番号 | 042-491-8100 | | |
| ホームページ | http://www.shin-ai.or.jp/en/ | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 苑長 | 氏名 | 後藤　晴文 |
| 事業開始年月日 | 平成 1 年 4 月 1 日 | | | |
| 届出年月日 | 平成 1 年 4 月 30 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 1 年 4 月 1 日 | | | |
| 事業所へのアクセス | 西武池袋線「清瀬」駅下車　西武バス5分（上宮停留所）より400M、JR武蔵野線「新秋津」駅下車タクシー5分　※両駅ともに信愛病院無料送迎バスあり | | | |

施設・設備等の状況

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 敷地 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 | なし |
| | 面積 | 1424.84 ㎡ | | |
| 建物 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 | なし |
| | 延床面積 | 2283.95 ㎡ | うち有料老人ホーム分 | 2283.95 ㎡ |
| | 竣工日 | 平成 1 年 3 月 15 日 | | |
| | 階数 | 地上 5 階　地下 0 階 | | |
| | | うち有料老人ホーム分　地上 5 階　地下 0 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 | なし　（　） | | |
| 賃貸借契約の概要 | | 契約期間 | ～ | |
| | | 自動更新 | | |

| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
|---|---|---|---|---|
| | 1階 | 1～2 | 4 | 30.71 ㎡ ～ 50.05 ㎡ |
| | 2階 | 1～2 | 10 | 30.71 ㎡ ～ 50.05 ㎡ |
| | 3階 | 1～2 | 10 | 30.71 ㎡ ～ 50.05 ㎡ |
| | 4階 | 1～2 | 10 | 30.71 ㎡ ～ 50.05 ㎡ |
| | 5階 | 1人 | 8 | 30.71 ㎡ ～ 30.71 ㎡ |

| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ㎡ ～ ㎡ |
| | | | | ㎡ ～ ㎡ |

| 居室内の設備等 | | | |
|---|---|---|---|
| | 便所 | 全室あり | |
| | 洗面 | 全室あり | |
| | 浴室 | 全室あり | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | |
| | 電話回線 | 全室あり | （　） |
| | テレビアンテナ端子 | 全室あり | （　） |
| | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 共同便所 | 2 箇所 | | | （ ） | |
| 共同浴室 | 個浴： 0 | 大浴槽： 1 | 機械浴： 0 | | |
| | 併設施設との共用 | なし （ ） | | | |
| 食堂 | 兼用 | なし （ ） | | | |
| | 併設施設との共用 | なし （ ） | | | |
| その他の共用施設 | あり （ラウンジ・ロビー図書室・洗濯室・駐車場・駐輪場 ） | | | | |
| 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 専従 | 常勤 非専従 | 非常勤 専従 | 非常勤 非専従 | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況 等 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 管理者（施設長） | 1 | | | | 1人 | 0.4 | 法人本部敷地外兼務あり |
| 生活相談員 | | | | 1 | 1人 | 0.4 | 介護・事務職兼務 |
| 看護職員：直接雇用 | | | 1 | | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 1 | | | 1 | 2人 | 1.2 | 介護・事務職兼務 |
| 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 | | | 1 | | 1人 | | 特定管理栄養士 |
| 調理員 | | | 2 | | 2人 | | 特定調理員 |
| 事務員 | | | | 1 | 1人 | 0.4 | 介護・事務職兼務 |
| 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： 37.5 時間

③－1 介護職員の資格

| 資格 ＼ 延べ人数 | 常勤 専従 | 常勤 非専従 | 非常勤 専従 | 非常勤 非専従 |
|---|---|---|---|---|
| 介護福祉士 | 1 | | | 1 |
| 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 専従 | 常勤 非専従 | 非常勤 専従 | 非常勤 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 | | | 0 | |
| 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： なし

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 | 非常勤 |
| １年未満 | | | | | | | | | | |
| １年以上３年未満 | | | | | | | | | | |
| ３年以上５年未満 | | | | | | | | | | |
| ５年以上10年未満 | | | 1 | | | | | | | |
| 10年以上 | | 1 | | 1 | | 1 | | | | |
| 合計 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 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 （ 委託 ） |
| 食事介助サービス | なし |
| 入浴介助サービス | あり |
| 排せつ介助サービス | なし |
| 口腔衛生管理サービス | なし |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | 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 | 全居室に一定時間の不在表示機能センサーを設置し、食堂利用状況等と共に安否確認を行う。 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | ・「住宅型」のためご入居者への医療ケアは行いません。<br>・毎月1回　血圧測定実施 |

医療機関との連携・協力

| | | |
|---|---|---|
| 協力医療機関(1) | 名称 | 信愛病院 |
| | 所在地 | 東京都清瀬市梅園2丁目5番9号 |
| | 協力の内容 | 外来診療・入院受入れ（診療科目：内科、整形外科、物忘れ外来） |
| 協力医療機関(2) | 名称 | |
| | 所在地 | |
| | 協力の内容 | |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 有無 | なし |
| | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 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 3 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 | 書面にてお知らせ |
| 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 |
| | 要介護度 | 自立（要支援・要介護の方は要相談） |
| | 医療的ケア | 対応不可 |
| | 認知症 | 対応不可 |
| | その他 | 実費負担の出来る方、身元引受人・保証人のいる方（後見人可） |
| 身元引受人等の条件、義務等 | ・必要に応じ入院時対応及びご入居者の引取りをお願いする場合がある。<br>・利用料の支払いについて、ご入居者と連帯して責任を負います。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 2泊3日が上限になります |
| | 利用料金 | 1泊/3,000円（宿泊費・食事3食・家事サービス料込み） |
| | その他 | 満室の場合は、対応できない時があります。 |
| 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。<br>Aタイプ月額利用料144,029円、Bタイプ月額利用料223,288円（食費含まず） | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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　6　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　4　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 | 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要件すべてを満たす事態が発生）まずその妥当性の判断を協力医療機関の信愛病院医師に確認する。<br>・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、期間等を医師並びに施設長から詳しく説明し理解を得る。 | |
| 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　1　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 | **以下の場合は、2か月の予告期間を置いて、この契約の解除を通知することが出来る。<br>1.他の入居者の生活及び健康に重大な影響を及ぼす恐れがあるとき。** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | **特定有料老人ホーム信愛苑（法人苦情処理委員会あり** | |
| 電話番号 | 042-491-8100 | |
| 対応時間 | 9:00　～　17:00　（　月曜日～土曜日　） | |
| 窓口の名称２ | **清瀬市生涯健幸部介護保険課介護サービス係** | |
| 電話番号 | 042-492-5111 | |
| 対応時間 | 9:00　～　17:00　（　月曜日～金曜日　） | |
| 窓口の名称３ | **東京都国民健康保険団体連合会** | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | |
| 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：**施設賠償責任保険（あいおいニッセイ同和損保）** | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

介護度別・年齢別入居者数　　平均年齢：　88.3　歳　　入居者数合計：　34　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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ６５歳以上７５歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ７５歳以上８５歳未満 | 7 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ８５歳以上 | 2 | 8 | 2 | 5 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| 合計 | 9 | 11 | 3 | 5 | 4 | 2 | 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 | 5 | 0 | 10 | 10 | 4 | 5 | 34 |

男女別入居者数　　男性：　6　人　　女性：　28　人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）　　69　％　（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 | 2 | 医療機関への入院 | 1 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 0 | 死亡 | 4 |
| 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 | 2 | 退去者数合計 | 9 |

## 6 利用料金

入居準備費用　　あり　　110,000 円

明細内訳　　入居申込金（面接料・入居時健康診断料含む）

支払日・支払方法　　入居契約後口座振替にて支払い

解約時の返還　　施設側から入居を断る場合は健康診断料を差引き返還する

敷金　　あり

金額　　Aタイプ225,000<br>Bタイプ360,000 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 |
| Aタイプ（単身者） | なし | 206,909円 | 75,000 | 69,029 | 0 | 62,880 | 実費 |
| Bタイプ（夫婦用） | なし | 349,048円 | 120,000 | 103,288 | 0 | 125,760 | 実費 |
| | | 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　　特定有料老人ホーム設立時の補助金制度に基づき決定。近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額として決定。Aタイプ単身者75,000円　Bタイプ夫婦用120,000円

管理費　　職員の人件費、共用施設の維持費（光熱水費・保守管理費・清掃費）、入居者健康管理及び事務所経費などに係る負担です。　Aタイプ単身者68,309円　Bタイプ夫婦用102,568円　火災保険料750円（Aタイプ・Bタイプ）

介護費用　　利用時実費負担

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

食費　　朝食　648　円・昼食　724　円・夕食　724　円　間食　なし　円

１日当たり　2,096　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）

前々日の夕方5時までに届出のあったキャンセルは無料。（給湯料は管理費に含む）

光熱水費　　電気料・水道料はメーター管理により使用実績に応じ実費負担。（給湯料は管理費に含む）

| | | |
|---|---|---|
| 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 | **前月分の食費・光熱水費・家事サービス及び当月分の家賃管理費を当月の27日に口座振替とする。** | |
| その他留意事項 | **入居契約時に口座振替の手続きをお願いしております。（金融機関の指定はありません）** | |
| 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 | | |
| **公共料金の改定、又は賃金物価等変動を勘案し、家賃、食費及び家事サービスの料金を改定することがある。（入居契約書第12条）利用料改定にあたっては、懇談会等で入居者、家族に十分に説明を行い決定する。** | | |

**【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** | **Aタイプ（単身者）** |
|---|---|

**単位：円**

| **入居準備費用** | **敷金** | **前払金** | **月額利用料** |
|---|---|---|---|
| 110,000 | 225,000 | 0 | 206,909 |

**※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 | **入居希望者に公開** | その他開示情報 | **無し** |

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(税込み)

| | ①(自立) | | ②(要支援、要介護1～5区分) | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 介護を行う場所 | 専用居室 | | 専用居室 | | |
| | 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | |
| ＜介護サービス＞ | | | | | |
| | | | | | |
| 巡回　日中 | × | | × | | |
| 巡回　夜間 | ○ | | ○ | | 22時に1回 |
| 食事介助 | × | | × | | |
| 排せつ介助 | × | | × | | |
| おむつ交換 | × | | × | | |
| おむつ代 | × | | × | | |
| 入浴(一般浴)介助 | × | | × | | |
| 清拭 | × | | × | | |
| 居室内入浴サービス | | ○ | | ○ | 1回　　1，100円 |
| 入浴、洗濯セット | | ○ | | ○ | 1時間　1，650円 |
| 共同浴室サービス | | ○ | | ○ | 1回　　2，200円 |
| 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 | ○ | | ○ | | |
| (信愛病院) | | | | | 770円／30分単位(切上げ) |
| 通院介助 | | ○ | | ○ | |
| (信愛病院 以外) | | | | | 1，540円／30分単位(切上げ) |
| 緊急時対応 | ○ | | ○ | | |
| ・ナースコール | ○ | | ○ | | |
| ・生活リズムセンサー | ○ | | ○ | | |

| | ①（自立） | | ②（要支援、要介護1～5区分） | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 介護を行う場所 | 専用居室 | | 専用居室 | | |
| | 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | |
| ＜生活サービス＞ | | | | | |
| 居室清掃 | | ○ | | ○ | 30分　550円 |
| リネン交換 | × | | × | | |
| 洗濯・乾燥セット | | ○ | | ○ | 1回　550円 |
| 居室配膳・下膳 | | ○ | | ○ | 1回　110円（配膳・下膳） |
| 食堂内での配膳・下膳 | | ○ | | ○ | 1日　110円(配膳・下膳の回数に関係なく日単位とします） |
| 嗜好に応じた特別食 | × | | × | | |
| おやつ | × | | × | | |
| 理美容送迎（近隣） | | ○ | | ○ | 1回　660円 |
| 買い物代行（近隣） | | ○ | | ○ | 1回　880円 |
| 買い物代行（上記外の遠隔） | × | | × | | |
| | | | | | |
| 役所手続き代行 | | | | | |
| ・入居時市役所代行 | | | | | 1回　2，200円 |
| ・市役所・出張所 | | | | | 1回　1，100円 |
| ・郵便局代行 | | ○ | | ○ | 1回　1，100円 |
| 金銭・預金管理 | × | | × | | 本人または家族が管理する |
| ＜健康管理サービス＞ | | | | | |
| 定期健康診断 | ○ | | ○ | | 年2回 |
| 健康相談 | ○ | | ○ | | 随時（介護保険関係を含む） |
| 生活相談 | ○ | | ○ | | 随時 |
| 栄養相談 | ○ | | ○ | | 医師の指示による治療食メニューへの対応 |
| 服薬支援 | ○ | | ○ | | （主治医、看護師の指示による自己管理困難な対象者）<br>3，300円／月額（日割りしない） |
| 生活リズムの記録<br>（排便・睡眠等） | × | | × | | |
| 医師の訪問診療 | × | | × | | |
| 医師の往診 | × | | × | | |
| 血圧測定 | ○ | | ○ | | 毎月実施 |

| | ①（自立） | | ②（要支援、要介護1～5区分） | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 介護を行う場所 | 専用居室 | | 専用居室 | | |
| | 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | 月額利用料に含むサービス | その都度徴収するサービス | |
| ＜入退院時、通院中のサービス＞ | | | | | |
| 移送サービス | × | | × | | |
| 入退院時の同行（信愛病院） | ○ | | ○ | | 家族対応ができない場合で依頼があれば実施（無料） |
| 入退院時の同行（信愛病院 以外） | | ○ | | ○ | 家族対応ができない場合で依頼があれば実施（有料）<br>1，540円／30分単位（切上げ） |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | × | | × | | 家族対応、または入院先の業者が対応 |
| 入院中の見舞い訪問 | ○ | | ○ | | 随時 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ＜その他サービス＞ | | | | | |
| ○サークル活動費用 | ○ | | ○ | | 管理費に含む |
| ○年間行事に関する費用 | ○ | | ○ | | 日帰り旅行は実費負担 |
| ○軽食喫茶の開催 | | ○ | | ○ | 低料金で季節感のあるメニューを提供する |
| ○居室等の給湯料 | ○ | | ○ | | 管理費に含む |
| ○薬の取次 | ○ | | ○ | | 信愛苑取次ぎの薬局のみ |
| ○郵便物宅配便の取次 | ○ | | ○ | | 事務所窓口で対応 |
| ○消耗品の販売 | | ○ | | ○ | 乾電池・電球・切手・はがき・ティッシュ・洗剤など |
| ○コピー・FAXサービス | | ○ | | ○ | モノクロ1枚10円・カラーコピー1枚30円 |

社会福祉法人　信愛報恩会

特定有料老人ホーム　信愛苑

基準日：令和8年9月1日

基準日：令和8年9月1日

施設名：特定有料老人ホーム信愛苑

# 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】<br>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(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 | |
| 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**： |
| 14 | 前払金について、全額を返還対象としているか。<br>(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。