

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	住宅型有料老人ホーム ハウス・ウィン清瀬
定員・室数	19 人 ・ 19 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	ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼﾔｰﾙﾄﾞｳｲﾝ			
	名 称	株式会社ワールドウィン			
主たる事務所の所在地	〒	169-0072			
	東京都新宿区大久保2-5-22				
連 絡 先	電 話 番 号	03-3200-4123			
	ファックス番号	03-3200-4126			
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.world-win.co.jp/company/				
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	平澤 聡	
設 立 年 月 日	2010. 4. 12				
主 な 事 業 等	不動産の売買・仲介・管理・開発 個人投資家向け収益不動産のコンサルティング 収益物件の企画・設計 事業用不動産の売却ソリューション 既存建物のリノベーション 介護保険法に基づく施設サービス事業 介護保険法に基づく居宅サービス事業 100%子会社 株式会社ケアサポート・ウィンにおいて、障がい者グループホームを東京多摩エリアにて運営				

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	1	訪問介護事業所 ヘルパーステーション・ウィン清瀬	東京都清瀬市野塩3-3-4ユタカハイツ103
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	1	訪問看護ステーション ナーシング・ウィン清瀬	東京都清瀬市野塩3-3-4ユタカハイツ103
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			
<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 ナーシング・ウィン清瀬	東京都清瀬市野塩3-3-4ユタカハイツ103
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			
<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 名 称	ハウス・ウィンキョ ハウス・ウィン清瀬				
所 在 地	〒 204-0004	東京都清瀬市野塩 1 丁目118-33				
連 絡 先	電 話 番 号	042-497-3225				
	ファックス番号	042-497-3226				
ホ ー ム ペ ー ジ	http://house-win-kivose.com/					
管 理 者 職 氏 名	役職名	管理者	氏名	前村 理絵		
事 業 開 始 年 月 日	2023. 5. 1					
届 出 年 月 日	2023. 2. 7					
届出上の開設年月日	2023. 5. 1					
事業所へのアクセス	清瀬駅より徒歩12分、秋津駅より徒歩12分、野塩4丁目（バス停）より徒歩3分					
施設・設備等の状況						
敷 地	権利形態	所有	抵当権	なし		
	面 積	410 m ²				
建 物	権利形態	所有	抵当権	なし		
	延床面積	471. 27 m ²		うち有料老人ホーム分	454. 96 m ²	
	竣工日	2023. 4. 31				
	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	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人	8	13 m ²	～ 13 m ²	
	2階	1人	11	13 m ²	～ 13 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	
	便 所		全室あり			
	洗 面		全室あり			

居 室 内 の 設 備 等	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	全室あり	(設置各自、料金負担月額550円)
共 同 便 所	4 箇所	(男女共用)	
共 同 浴 室	個浴： 1	大浴槽： 0	機械浴： 1
	併設施設との共用	なし	()
食 堂	兼用	あり	(ダイニング、機能訓練室)
	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		敷地外兼務あり
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						0人		
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			4			4人		
事務員			2			2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

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				17 時 30 分～ 8 時 30 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			
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											
10年以上											
合計	0	0	0	0	0	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 別途居宅サービス利用
入浴介助サービス	あり 別途居宅サービス利用
排せつ介助サービス	あり 別途居宅サービス利用
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 別途居宅サービス利用
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	日中夜間ともに3時間ごと及び必要に応じての巡回、24時間コール対応により緊急時に即座に対応できるようにしています。
施設で対応できる医療的ケアの内容	在宅酸素・経管栄養・点滴・吸引吸入・バルーンカテーテルの管理・摘便など排便コントロール・中心静脈栄養等（訪問看護ステーションと連携で対応）

医療機関との連携・協力

協力医療機関(1)	名称	医療社団法人雅会 山本病院
	所在地	〒204-0004 東京都清瀬市野塩1-328
	協力の内容	入院・外来診療・訪問診療・体調管理指導・急変時の受け入れ及びこれに付随する医療行為に関して可能な限度で対応。
協力医療機関(2)	名称	医療法人元気会わかさクリニック ひばりが丘
	所在地	〒202-0002 東京都西東京市ひばりが丘北3丁目3-14モンマビル3階
	協力の内容	訪問診療・体調管理指導・予防接種・急変時の受け入れ先の選定及びこれに付随する医療行為に関して可能な限度で対応。
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 まる歯 秋津歯科・矯正歯科
	所在地	〒189-0001 東京都東村山市秋津町5-13-5
	協力の内容	外来診療・訪問歯科

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	65歳以下の場合は要相談
	要介護度	自立から要介護5
	医療的ケア	在宅酸素・経管栄養・点滴・吸引吸入・バルーンカテーテルの管理・摘便など排便コントロール・中心静脈栄養等
	認知症	要相談（自傷他害の恐れのある場合、徘徊行為が強度の場合はお断りする場合があります）
	その他	感染症に罹患されている方はお断りする場合があります。
身元引受人等の条件、義務等	外部の身元保証サービスなどの利用による入居を認める。	

体験入居	利用期間	2泊3日まで		
	利用料金	4,000円(室料:1,800円 食事代:1,300円 サービス費:900円)		
	その他	なし		
入院時の契約の取扱い	家賃・管理費のみを徴収いたします。			
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	切迫性・非代替性・一時性を満たす場合において、利用者本人や家族に対して身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯などを説明し、十分な理解・同意を得られるように努めた上で実施します。 要件を満たしているかは、身体拘束廃止委員会を開催した上で検討します。拘束開始後は3つの要件を満たしているか常に観察、再検討し、要件を満たさなくなった場合にはただちに解除します。 上記検討内容や心身の観察事項等は記録に残し、情報共有に努めます。			
事業者からの契約解除	事業者は、入居者が禁止事項等を違反し、かつ、そのことが本契約を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、本契約を解除することがあります。詳細は入居契約書29条を参照。			
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		あり		
	判断基準・手続	居室変更に関してはご利用者の身体状況の変化やより良い環境作りのため、施設が必要とみなされる場合に限り居室の移動を行います。		
	利用料金の変更	利用料金の変更は原則ございません。		
	前払金の調整	前払い金の調整は原則ございません。		
	従前居室との仕様の変更	居室のレイアウトなどは従前居室と変わる可能性がございます。		
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		ハウス・ウィン清瀬		
	電話番号	042-497-3225		
	対応時間	8:30 ~ 17:00 (祝日・年末年始を除く月～金曜日)		
窓口の名称 2		株式会社ワールドウィン		
	電話番号	03-3200-4123		
	対応時間	10:00 ~ 19:00 (祝日・年末年始を除く月～金曜日)		
窓口の名称 3		きよせ権利擁護センターあいねっと		
	電話番号	042-495-5573		
	対応時間	8:30 ~ 17:00 (祝日・年末年始を除く月～金曜日)		
賠償責任保険の加入		なし 保険の名称:		
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		あり	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:	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
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		107,400 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
一般プラン		0円	110,810円	53,700	20,000	0	26,910	10,200
			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	介護の有無に関わらず、年金受給・障がい受給・生活保護受給の方にも入居可能な価格に対応						
	管理費	20,000円 ※共用施設設備の維持管理費、共用の消耗品費、事務管理費、放送受信料、日常の軽い援助他						
	介護費用	0円 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
	食費	朝食 215 円・昼食 341 円・夕食 341 円 間食 円 1日当たり 897 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) 7日前までに所定様式に基づいて施設に提出してください。						
	光熱水費	電気5,000円、ガス3,000円、水道2,200円として設定しています。						
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	月末締め翌月払い、毎月26日に口座より引き落とし（口座振替の手続き完了までは振込）	
その他留意事 項		
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		
東京都が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案し、改定することがあります。改定時は事前に入居者様、ご家族様へ説明します。		

【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	一般プラン		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	107,400	0	110,810
※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	

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

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

区 分		要介護 1			要介護 2			要介護 3～5		
提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス										
①巡回										
・ 昼間9時～19時	有・無	1回/日以上(必要に応じ回数を増やすことあり)	—	—	1回/日以上(必要に応じ回数を増やすことあり)	—	—	1回/日以上(必要に応じ回数を増やすことあり)	—	—
・ 夜間19時～9時	有・無	—	利用者が希望する場合	20,000円/月	—	利用者が希望する場合	20,000円/月	必要に応じ実施	—	—
②食事介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
③排泄										
・ 排泄介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ おむつ交換	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ おむつ代	有・無	—	おむつ交換時に発生	実費	—	おむつ交換時に発生	実費	—	おむつ交換時に発生	実費
④入浴等										
・ 清拭 （入浴不可の場合及び入浴日以外）	有・無	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円
・ 一般浴介助	有・無	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合	1回2,000円
・ 特浴介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
⑤身辺介助										
・ 体位交換	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ 居室からの移動	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ 衣類の着脱	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・ 身だしなみ介助	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
⑥機能訓練	有・無	—	利用者希望時	5,000円（税別）/1時間及び実費	—	利用者希望時	5,000円（税別）/1時間及び実費	—	利用者希望時	5,000円（税別）/1時間及び実費
⑦通院の介助										
・ 協力医療機関・協力医療機関外への受診、送迎等の移動、付き添い	有・無	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり（税別） 日中(8-18時) 4,000円 夜間早朝(6-8時/18-22時) 5,000円 深夜(22-6時) 6,000円/1時間	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり（税別） 日中(8-18時) 4,000円 夜間早朝(6-8時/18-22時) 5,000円 深夜(22-6時) 6,000円/1時間	—	介護保険給付を超えるサービスを利用者が希望する場合（緊急搬送含む）	交通費実費及びスタッフ1人当たり（税別） 日中(8-18時) 4,000円 夜間早朝(6-8時/18-22時) 5,000円 深夜(22-6時) 6,000円/1時間
⑧緊急時対応										
・ ナースコール	有・無	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—	24時間対応	—	—
⑨自立支援介護	有・無	—	飲水管理／毎日提供	飲物費用として1,000円/日	—	飲水管理／毎日提供	飲物費用として1,000円/日	飲水管理／毎日提供	—	—

2. 生活サービス										
①家事										
・清掃（居室の日常清掃）	☒ 有・ ☐ 無	—	週2回	20,000円/月	—	週2回	20,000円/月	—	週2回	—
・洗濯（私物の洗濯）	☒ 有・ ☐ 無	—	週1回	5,000円/月 ※ドライクリーニングは別途請求	—	週1回	5,000円/月 ※ドライクリーニングは別途請求	—	週2回	5,000円/月 ※ドライクリーニングは別途請求
②居室配膳・下膳										
・食事の提供	☒ 有・ ☐ 無	毎日3食（朝・昼・夕）を提供	—	—	毎日3食（朝・昼・夕）を提供	—	—	毎日3食（朝・昼・夕）を提供	—	—
・刻み食などの加工	☒ 有・ ☐ 無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
・入居者の嗜好に応じた特別な食事	☒ 有・ ☐ 無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
③理美容	☒ 有・ ☐ 無	—	利用者が希望する場合（訪問による実施）	実費	—	利用者が希望する場合（訪問による実施）	実費	—	利用者が希望する場合（訪問による実施）	実費
④代行										
・買物（外出の伴わない、通販、訪問販売等）	☒ 有・ ☐ 無	週1回実施	週1回を超えて利用者が希望する場合	実働を伴うものについては2,000円（税別）/1時間及び実費	週1回実施	週1回を超えて利用者が希望する場合	実働を伴うものについては2,000円（税別）/1時間及び実費	週1回実施	週1回を超えて利用者が希望する場合	実働を伴うものについては2,000円（税別）/1時間及び実費
・役所手続	☒ 有・ ☐ 無	—	利用者希望時	5,000円（税別）/1時間及び実費	—	利用者希望時	5,000円（税別）/1時間及び実費	—	利用者希望時	2,000円（税別）/1時間及び実費
3. 健康管理サービス										
・健康診断	☒ 有・ ☐ 無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
・健康相談	☒ 有・ ☐ 無	—	週1回	5,000円/月	—	週1回	5,000円/月	必要に応じて実施	—	—
・生活指導	☒ 有・ ☐ 無	—	週1回	5,000円/月	—	週1回	5,000円/月	必要に応じて実施	—	—
・医師の往診	☒ 有・ ☐ 無	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費	—	利用者希望時	実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有 ☒ 無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・移送サービス（スタッフ付き添い）	☒ 有・ ☐ 無	—	利用者希望時	交通費実費及びスタッフ付き添い1人当たり4,000円（税別）/1時間	—	利用者希望時	交通費実費及びスタッフ付き添い1人当たり4,000円（税別）/1時間	—	利用者希望時	交通費実費及びスタッフ付き添い1人当たり2,000円（税別）/1時間
5. その他サービス										
・館内レクリエーション	☒ 有・ ☐ 無	—	材料費	2,000円/月	—	材料費	2,000円/月	—	—	—
・おやつ提供	☒ 有・ ☐ 無	—	材料費	3,000円/月	—	材料費	3,000円/月	—	—	—
・処方薬管理（服薬介助含む）	☒ 有・ ☐ 無	—	利用者希望時	3,000円/月	—	利用者希望時	3,000円/月	必要に応じて実施	—	—

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、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) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。
注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。
注4) 上記のサービス項目以外に、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。
注5) 「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。

施設名:住宅型有料老人ホーム ハウス・ウィン清瀬

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(スプリンクレー設備等)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。(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。