

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	老人ホームばんば		
定員・室数	31人・31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	建物賃貸借方式		
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	医療法人	
	フリカ`ナ 名称	イヨウホクジ`ンヤダ`ンイカイ 医療法人社団愛友会	
主たる事務所の所在地	〒 192-0375	東京都八王子市鍵水2-175-9	
連絡先	電話番号	042-676-1234	
	ファックス番号	042-676-1239	
ホームページ	http://www.nakahama-clinic.com		
代表者職氏名	役職名	理事長	氏名 中濱 昌夫
設立年月日	平成11年5月10日		
主な事業等	診療所・（介護予防）認知症対応型共同生活介護・（介護予防）小規模多機能型居宅介護・（介護予防）通所介護等・介護付き有料老人ホーム		
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	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	2	中濱クリニック、歯科ヴィエナ	東京都八王子市鍵水2-175-9
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	1	介護付き有料老人ホーム多摩境	東京都町田市小山ヶ丘3-26-2
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	1	小規模多機能なかまち	東京都町田市中町1-28-20
認知症対応型共同生活介護	1	グループホームなかまち	東京都町田市中町1-28-20
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	1	小規模多機能なかまち	東京都町田市中町1-28-20	
介護予防認知症対応型共同生活介護	1	グループホームなかまち	東京都町田市中町1-28-20	
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	フリカマナ 名称	ロジックホーム ばんぱ 老人ホーム ばんぱ		
所在地	〒 194-0212	東京都町田市小山町字一号40番1・40番4		
連絡先	電話番号	042-860-1006		
	ファックス番号	042-860-1005		
ホームページ	http://www.nakahama-clinic.com			
管理者職氏名	役職名	管理者	氏名 高橋 昌江	
事業開始年月日	平成 31 年 3 月 1 日			
届出年月日	平成 30 年 7 月 19 日			
届出上の開設年月日	平成 31 年 3 月 1 日			
事業所へのアクセス	小田急小田原線町田駅からバス30分 バス停下馬場より徒歩1分			
施設・設備等の状況				
敷地	権利形態	—	抵当権 なし	
	面積	1237.63 m ²		
建物	権利形態	賃貸借	抵当権 なし	
	延床面積	969.08 m ² うち有料老人ホーム分 695.4 m ²		
	竣工日	平成 31 年 2 月 1 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	有料老人ホーム
併設施設等	あり (高齢者通所介護施設)			
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	平成31年3月1日 ～ 平成54年2月末	
		自動更新	あり	
居室	階	定員	室数	面積
	1階	1人	15	13 m ² ～ 13 m ²
	2階	1人	16	13 m ² ～ 13 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
居室内の設備等	便所	全室あり		
	洗面	全室あり		
	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、放送契約と料金負担も各自)		

共同便所	1箇所	(男女共用)		
共同浴室	個浴： 3	大浴槽： 0	機械浴： 1	
	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 (相談室・事務室・更衣室・職員休憩室)			
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)	0	1	0	0	1人	1.0	介護職員	
生活相談員	0	0	0	0	0人			
看護職員：直接雇用	0	0	0	0	0人			
看護職員：派遣	0	0	0	0	0人			
介護職員：直接雇用	0	0	0	3	3人	1.0	夜勤専門	
介護職員：派遣	0	0	0	0	0人			
機能訓練指導員	0	0	0	0	0人			
計画作成担当者	0	0	0	0	0人			
栄養士	0	0	0	0	0人			
調理員	0	0	0	0	0人			
事務員	0	0	0	0	0人			
その他従業者	0	0	0	0	0人	1.0	当直夜勤16時間拘束2時間休憩	

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 0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	0	0	1
実務者研修	0	0	0	0	1
介護職員初任者研修	0	0	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0	0	0
たん吸引等研修(不特定)	0	0	0	0	0
たん吸引等研修(特定)	0	0	0	0	0
資格なし	0	0	0	0	1

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	0
作業療法士	0	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0	0
看護師又は准看護師	0	0	0	0	0
柔道整復師	0	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0
はり師又はきゅう師	0	0	0	0	0

③-3 管理者(施設長)の資格 認知症基礎研修

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯	17時0分～9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年以上3年未満											
3年以上5年未満					2						
5年以上10年未満											
10年以上											
合計		0	0	0	3	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	
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	日中 3回（朝昼夕）の巡回 夜間 4時間ごとの巡回	
施設で対応できる医療的ケアの内容	訪問診療・訪問看護サービスの利用	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	相模原中央病院 計画施設までの距離 4.3km 車で17分
	所在地	神奈川県相模原市中央区富士見6-4-20
	協力の内容	緊急時受診 診療科目：内科、外科、整形外科、脳神経外科、形成外科、循環器内科、消化器内科、皮膚科、泌尿器科、総合診療科他
協力医療機関(2)	名称	中濱クリニック 計画施設までの距離 5.8km 車で15分
	所在地	東京都八王子市鎌水2-175-9
	協力の内容	往診・外部受診 診療科目：内科、胃腸科、外科、整形外科他
新興感染症発生時に連携する医療機関	有無	あり
	名称	中濱クリニック
	所在地	東京都八王子市鎌水2-175-9
協力歯科医療機関	名称	歯科ヴィエナ 計画施設までの距離 5.8km 車で15分
	所在地	東京都八王子市鎌水2-175-9
	協力の内容	往診・外部受診 診療科目：一般歯科、歯周治療、小児歯科、審美歯科
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 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	なし	
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	65歳以上
	要介護度	自立・要支援1、2・要介護1、2、3、4、5
	医療的ケア	要相談
	認知症	要相談
	その他	身元引受人
身元引受人等の条件、義務等	利用料金未納の場合支払い義務・残置財産の処分等	
体験入居	利用期間	なし
	利用料金	なし
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	1か月以上の入院で契約終了。 入院中は家賃と管理費は徴収。	

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 2 回)
	担当者の役職名	高橋 昌江	
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 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		なし
	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		なし
	やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	生命の危険があり、代替えの方法がなく、一時的に緊急やむをえずに身体拘束を行う場合はご本人または身元引受人の同意書を取ります。拘束理由・期間・決定者等の記録を取り、ご本人・身元引受人に経過説明をします。早期解決に向けての取り組みをします。	
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 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	料金未納が1ヶ月以上続いた時、あるいは自傷・他傷行為があり、他の利用者の生活を脅かす時等に契約を解除します。詳細に関しては契約書を参照してください。		
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	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	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		あり グループホームなかまち	
判断基準・手続	判断基準・手続 <small>認知症が進行し、夜間の徘徊・奇声・不穏による頻回のオンコールなどで、常時見守りが必要になったり、癌末期などで医療依存度が高くなり、常時看護が必要になった場合、あるいは経済的な理由で利用料金の支払いが困難となった時、所定の手続きと30日の予告期間をおいて転居。</small>		
	利用料金の変更		あり
	前払金の調整		あり
	従前居室との仕様の変更		あり
苦情対応窓口			
窓口の名称1		老人ホームばんば	
電話番号		042-860-1006	
対応時間		9:00 ~ 18:00 (月曜日~金曜日)	
窓口の名称2		町田市介護保険課	
電話番号		042-724-4366	
対応時間		9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日)	
窓口の名称3		東京都施設支援課	
電話番号		03-5320-4537	
対応時間		9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日)	
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称: 有料老人ホーム賠償責任保険(公益社団法人全国有料老人ホーム協会)		
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	あり	結果の公表	事業所内閲覧
------------------	----	-------	--------

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢： 82.5 歳				入居者数合計： 27 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									
65歳以上75歳未満					2	2		1	1
75歳以上85歳未満						6	2	1	1
85歳以上					3	4	2	1	1
合計		0	0	0	5	12	4	3	3

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	4	4	14	5			27

男女別入居者数	男性： 11 人	女性： 16 人
---------	----------	----------

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	87 %（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	
介護老人保健施設へ転居		死亡	4
介護療養型医療施設へ転居	3	その他	
他の有料老人ホームへ転居		退去者数合計	8

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	内100,000円は保証会社
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
A	0円	137,004円	55,000円	25,800円	0円	45,000円	11,204円
		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	55,000円					
	管理費	25,800円 消防設備・エレベーター等の定期保守点検、施設の定期清掃・修繕、ゴミ運搬処理、洗剤・消毒等の消耗品に関わる共益費に加えて、安否確認等のための人件費を含む。					
	介護費用	自費サービス（介護保険適用以外のサービス） 理美容、特別食、おむつ代、定期健康診断、医師の往診他 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	朝食 316 円・昼食 419 円・夕食 565 円 間食 200 円 1日当たり 1,500 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） 3日前までの申し出については、キャンセルを受け付け					
光熱水費	11,204円						

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	当月分を、前月27日に利用者の銀行口座から引き落としする。	
その他留意事項	契約時に敷金・当月分・翌月分の利用料を、コンビニで所定の振込用紙にて行う。	

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	
変更月1ヶ月前に入居者全員に説明をし、承諾書をとる。 行政に変更届を提出する。	

【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		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	200,000	0	137,004
※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	公開していない	財務諸表の要旨	公開していない
管理規程	公開していない	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	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

<p>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。</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____</p>

<p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職 _____</p> <p>署名 _____</p>
--

介護サービス等の一覧表（参考様式）

区分	（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）
サービス			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	○3回（朝昼夕）		○3（朝昼夕）	
巡回 夜間	○4時間ごと		○4時間ごと	
食事介助		×		15分700円、▲
排泄介助		×		15分700円、▲
おむつ交換		×		15分700円、▲
おむつ代		×		▲実費
入浴（一般浴）介助		×		15分700円、▲
清拭		×		15分700円、▲
特浴介助		×		15分700円、▲
身辺介助				
・体位交換		×		15分700円、▲
・居室からの移動		×		15分700円、▲
・衣類の着脱		×		15分700円、▲
・身だしなみ介助		×		15分700円、▲
口腔衛生管理		×		×
機能訓練		×		15分700円、▲
通院介助 （協力医療機関）		15分700円		15分700円、▲
通院介助 （上記以外）		15分700円		15分700円、▲
緊急時対応	○（施設内に限定）		○（施設内に限定）	
オンコール対応	○		○	
<生活サービス>				
居室清掃		15分700円		15分700円、▲
リネン交換		15分700円		15分700円、▲
日常の洗濯		15分700円		15分700円、▲
居室配膳・下膳		15分700円		15分700円、▲
嗜好に応じた特別食		▲実費		▲実費
おやつ	○（食費を含む）		○（食費を含む）	
理美容		▲実費		▲実費
買物代行（通常の利用区域）		15分700円		15分700円、▲
買物代行（上記以外の区域）		15分700円		15分700円、▲
役所手続き代行		15分700円		15分700円、▲
金銭管理サービス		月額10,000円		月額10,000円

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)
<健康管理サービス>				
定期健康診断		▲実費		▲実費
健康相談	○		○	
生活指導・栄養指導		×		×
服薬支援		15分700円		15分700円、▲
生活リズムの記録(排便・睡眠 等)		×		×
医師の訪問診療		×		▲実費
医師の往診		▲実費		▲実費
<入退院時、入院中のサー ビス>				
移送サービス		15分700円		15分700円、▲
入退院時の同行(協力医療 機関)		15分700円		15分700円、▲
入退院時の同行(上記以外)		15分700円		15分700円、▲
入院中の洗濯物交換・買物		15分700円		15分700円、▲
入院中の見舞い訪問		×		×
<その他サービス>		×		×

施設名：老人ホームばんば

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(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。