別紙様式(R6.5月版)

基準日　令和8年7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 | グッドタイムホーム・町田 |
|---|---|
| 定員・室数 | 54　人　・　54　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 | 前払金方式 |
| 入居時の要件 | 専用型（要介護のみ） |
| 介護保険の利用 | 居宅サービス利用可 |
| 居室区分 | 定員１人 |

## １　事業主体

| | | |
|---|---|---|
| 名称 | 法人等の種別 | 営利法人 |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼｬ ｿｳｾｲｼﾞｷﾞｮｳﾀﾞﾝ |
| | 名称 | 株式会社　創生事業団 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　810-0005 | 福岡県福岡市中央区清川1丁目3－1 |
| 連絡先 | 電話番号 | 092-526-8730 |
| | ファックス番号 | 092-526-8740 |
| ホームページ | http://www.goodtimehome.com | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 代表取締役　　氏名　伊東　鐘賛 |
| 設立年月日 | 平成10年8月25日 | |
| 主な事業等 | （介護予防）特定施設入居者生活介護、居宅介護支援事業、（介護予防）訪問介護、（介護予防）通所介護事業、訪問看護 | |

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 | 3 | グッドタイムケア・国分寺 | 国分寺市東戸倉２－８－７ |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | 1 | グッドタイム訪問看護ステーション・国分寺 | 国分寺市東戸倉２－８－７ |
| 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 | 6 | グッドタイムナーシングホーム・江戸川 | 江戸川区本一色2-12-6 |
| 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 | | |
| 複合型ｻｰﾋﾞｽ（看護小規模多機能型居宅介護） | なし | | |
| 居宅介護支援 | 3 | グッドタイムケアセンター・国分寺 | 国分寺市東戸倉２－８－７ |
| ＜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 | 4 | グッドタイムナーシングホーム・江戸川 | 江戸川区本一色2-12-6 |
| | 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 | フリガナ | ｸﾞｯﾄﾞﾀｲﾑﾎｰﾑ・ﾏﾁﾀﾞ | | |
| | 名称 | グッドタイムホーム・町田 | | |
| 所在地 | 〒 194-0021 | 東京都町田市中町2-2-8 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 042-710-1301 | | |
| | ファックス番号 | 042-710-1302 | | |
| ホームページ | http://www.goodtimehome.com | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 桑島　順子 |
| 事業開始年月日 | 令和 1 年 10 月 1 日 | | | |
| 届出年月日 | 令和 1 年 8 月 30 日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 令和 1 年 10 月 1 日 | | | |
| 事業所へのアクセス | 小田急小田原線「町田」駅下車　徒歩１０分(850m) | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 施設・設備等の状況 | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | ー | 抵当権 | あり |
| | 面積 | 1257.66 ㎡ | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 | あり |
| | 延床面積 | 2000.55 ㎡　うち有料老人ホーム分 1985.57 ㎡ | | |
| | 竣工日 | 平 成 5 年 3 月 25 日 | | |
| | 階数 | 地上 4 階　地下 - 階 | | |
| | | うち有料老人ホーム分　地上 4 階　地下 - 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 | あり　（ 居宅介護支援事業所・訪問介護事業所 ） | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 平成29年9月1日 ～ 令和24年8月31日 | |
| | | 自動更新 | あり | |

| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 |
|---|---|---|---|---|
| | 2階 | 1人 | 16室 | 15.4 ㎡ ～ 20.8 ㎡ |
| | 3階 | 1人 | 19室 | 15.4 ㎡ ～ 20.8 ㎡ |
| | 4階 | 1人 | 19室 | 15.4 ㎡ ～ 20.8 ㎡ |
| | | | | ㎡ ～ ㎡ |
| | | | | ㎡ ～ ㎡ |

| 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 | なし | |
| | 冷暖房設備 | 全室あり | |
| | 電話回線 | 全室あり | （ 設置各自、料金負担も各自 ） |
| | 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 | 2 箇所 | （ 一部男女共用 ） | |
| 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 | あり （ 機能訓練室 ） | |
| | 併設施設との共用 | なし （ ） | |
| その他の共用施設 | あり （ 相談室、談話スペース、健康管理室、ラウンジ、理美容室（※理美容は外部のサービスを利用）駐車場 ） | | |
| 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 | 0.5 | 訪問介護管理者兼務 |
| 生活相談員 | | | | | 0人 | | |
| 看護職員：直接雇用 | | | 7 | | 7人 | 2.6 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | | 7 | | 13 | 20人 | 17.5 | 訪問介護事業所介護職員兼務 |
| 介護職員：派遣 | | | | 2 | 2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 | | | 7 | | 7人 | 0.4 | |
| 事務員 | 1 | | | | 1人 | 1.0 | |
| その他従業者 | | | 8 | | 8人 | 2.5 | |

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 | | 5 | | 12 |
| 実務者研修 | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | 3 | | 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 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 | | | | |
| 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 | 19 時 30 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 | | 7 | | 2 | | | | | | |
| １年以上３年未満 | | | 2 | 5 | | | | | | |
| ３年以上５年未満 | | | 3 | 9 | | | | | | |
| ５年以上10年未満 | | | 2 | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 合計 | 0 | 7 | 7 | 16 | 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　（　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 |
| 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 | 概ね2時間毎に施設職員が巡回いたします。 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 日常医療が必要な入居者に対し、協力医療機関等と連携して看護職員が中心となり支援を行います。（但し、状況によりお断りするばあいもあります）<br>インシュリン・バルーンカテーテル・透析・在宅酸素・褥瘡・ストマ・認知症 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 日常医療が必要な入居者に対し、協力医療機関等と連携して看護職員が中心となり支援を行います。（但し、状況によりお断りするばあいもあります）<br>インシュリン・バルーンカテーテル・透析・在宅酸素・褥瘡・ストマ・認知症 |

医療機関との連携・協力

| | | |
|---|---|---|
| 協力医療機関(1) | 名称 | ひまわりホームクリニック調布 |
| | 所在地 | 調布市下石原2-7-7ライトハイム1階 |
| | 協力の内容 | 月2回の訪問診療、診察、健康診断、健康指導、入院先の紹介<br>【診療科目】　内科、<br>【費用負担】　医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団　大和会　町田クリニック |
| | 所在地 | 東京都町田市旭町3－1－15　旭町メディカルビル3Ｆ |
| | 協力の内容 | 月2回の訪問診療<br>【診療科目】　内科<br>【費用負担】　医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 社会医療法人社団　正志会　南町田病院 |
| | 所在地 | 東京都町田市鶴間4－4－1 |
| | 協力の内容 | 入院、救急外来<br>【診療科目】　内科、外科、整形外科、脳神経外科、麻酔科<br>泌尿器科、形成外科、耳鼻咽喉科、皮膚科<br>婦人科、眼科、救急科、リハビリテーション科<br>【費用負担】　医療費その他の費用は入居者の自己負担<br>【ホームからの距離】　7.0Km |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団ナチュラルスペース　アコルデ歯科医院 |
| | 所在地 | 川崎市麻生区上麻生1-20-1　小田急アコルデ新百合ヶ丘5Ｆ |
| | 協力の内容 | 往診<br>【診療科目】　歯科<br>【費用負担】　医療費その他の費用は入居者の自己負担<br>【ホームからの距離】　10.4Km |

| | |
|---|---|
| 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 | 概ね60歳以上の方 |
| | 要介護度 | 要介護 |
| | 医療的ケア | 常時医療行為を必要としない方 |
| | 認知症 | 可 |
| | その他 | ご相談ください。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | ・行為能力者で、当社が適切であると判断した方<br>・身元引受人、連帯保証人、返還金受取人が１名以上必要です。<br>・身元引受人は、連帯保証人又は返還金受取人を兼ねることができます。<br>・身元引受人は、入居者の生活維持のため介護等に関する意見申述を行い、事業者と協議するものとします。また、契約終了時には、入居者の身柄及び所有物の引き取りの責任があります。<br>・連帯保証人は、入居者と連帯して入居者の金銭債務の極度額を限度とし履行する責任を負うものとします。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 6泊7日迄 |
| | 利用料金 | 1泊13,200円（宿泊費・食費・介護サービス料込み・消費税込み） |
| | その他 | 介護保険適用外 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院等で施設を留守にする場合も月額利用料（プランⅠ：154,600円、プランⅡ：174,600円、プランⅢ：194,600円）はお支払頂きます。但し、入院等の翌日より食材費〔朝食・昼食・夕食を1日分（1,080円）とする。〕は翌月 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 入居者の生命又は身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の制限は行いません。但し、緊急止むを得ず拘束を行う場合は、予め非代替性、一時性、切迫性の３つの要件についてそれぞれ検討の上、その経過及び結果を記録すると共に契約者又は身元引受人に説明します。また、身体拘束の廃止に向けた委員会を設置し、関係職種の協力を得て取り組むべき課題を明らかにし、どのように取り組んでいくのか検討いたします。 | |
| 事業者からの契約解除 | ・入居に際して必要な書類に虚偽の記載があった場合<br>・入居契約書第２２条（禁止又は制限される行為）の規定に違反した場合<br>・入居者の行動は、他の入居者又は従業員の生命、身体、財産等に危害を | |

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 | （ア） 事業者の都合による場合<br>適切なサービスを提供する為、事業者が必要と判断をした場合には、居室変更をしていただく事があります。この場合、協力医療機関の医師の意見を聴き、緊急やむ得えない場合を除いて、一定期間の観察期間を設け、入居者の意思を確認し、入居者又は契約者又は身元引受人（以下、入居者等という）の同意を得るものとします。但し、入居者の意思を確認できない場合や入居者の判断能力の無い場合は、入居者の意思の確認及び同意は不要とします。なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。現居室の原状回復費はお支払い頂きません。<br>（イ） 入居者等の都合による場合<br>入居者等の故意又は過失により必要となった修繕費用は、入居者等が負担するものとします。 | |
| 利用料金の変更 | なし | |
| 前払金の調整 | なし | |
| 従前居室との仕様の変更 | あり（面積） | |
| 提携ホーム等への転居 | あり | 1. グッドタイムホーム・川崎大師<br>2. グッドタイムホーム・南行徳<br>3. グッドタイムホーム・青葉台<br>4. グッドタイムホーム・さくら台<br>5. グッドタイムホーム・府中<br>6. グッドタイムナーシングホーム・江戸川<br>7. グッドタイムナーシングホーム・日本橋<br>8. グッドタイムホーム・行徳<br>9. グッドタイムホーム・川崎<br>10. グッドタイムホーム・青葉田奈 |

11. グッドタイムホーム・十日市場
12. グッドタイムホーム・鷺沼
13. グッドタイムホーム・生田
14. グッドタイムナーシングホーム・荏田
15. グッドタイムナーシングホーム・幕張
16. グッドタイムナーシングホーム・東浦和
17. グッドタイムナーシングホーム・保土ヶ谷
18. グッドタイムナーシングホーム・港南台
19. グッドタイムホーム・三郷
20. グッドタイムナーシングホーム・川崎大師弐番館
21. グッドタイムナーシングホーム・美しが丘
22. グッドタイムナーシングホーム・三郷駅前
23. グッドタイムホーム・三郷弐番館
24. グッドタイムナーシングホーム・柏高柳
25. グッドタイムナーシングホーム・府中弐番館
26. グッドタイムナーシングホーム・中野島
27. グッドタイムホーム・茅ヶ崎
28. グッドタイムナーシングホーム・東糀谷
29. グッドタイムナーシングホーム・大泉学園
30. グッドタイムナーシングホーム・川口新井宿
31. グッドタイムナーシングホーム・宮前
32. グッドタイムホーム・新検見川
33. グッドタイムホーム・町田
34. グッドタイムホーム・港南中央
35. グッドタイムナーシングホーム・幕張弐番館

| | |
|---|---|
| 判断基準・手続 | 入居者、契約者又は身元引受人は、希望により提携ホームに空室がある場合住み替えができます。 |
| 利用料金の変更 | あり |
| 前払金の調整 | 提携ホームへの住み替える場合、現在の契約を一旦解約後に新たに契約を行います。その場合、新たに契約した施設の居室利用権が生じます。 |
| 従前居室との仕様の変更 | あり（面積・設備等） |

苦情対応窓口

| | |
|---|---|
| 窓口の名称１ | 施設長（管理者） |
| 電話番号 | 042-710-1301 |
| 対応時間 | 9:30　～　18:00　（　日曜日～土曜日　） |
| 窓口の名称２ | 東京都福祉保健局 高齢社会対策部 施設支援課 施設運営係 |
| 電話番号 | 03-5320-4264 |
| 対応時間 | 9:00　～　17:00　（　土日祝日を除く　） |
| 窓口の名称３ | 東京都国民健康保険連合会 介護相談指導課 介護相談窓口担当係 |
| 電話番号 | 03-6238-0177 |
| 対応時間 | 9:00　～　17:00　（　土日祝日を除く　） |
| 賠償責任保険の加入 | あり　保険の名称：包括賠償責任保険（東京海上日動火災保険株式会社） |

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：　86.8　歳　入居者数合計：　53　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 | | | | 1 | 1 | | 1 | |
| ７５歳以上８５歳未満 | | | | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 |
| ８５歳以上 | | | | 8 | 9 | 7 | 8 | 3 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 11 | 14 | 11 | 12 | 5 |

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 | 16 | 19 | 18 | | | 53 |

| 男女別入居者数 | 男性： 22 人 | 女性： 31 人 |
|---|---|---|
| 3 | 98 % （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 | 1 | 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 | 2 | 医療機関への入院 | 4 |
| 介護老人保健施設へ転居 | 1 | 死亡 | 2 |
| 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 | 2 | 退去者数合計 | 12 |

## 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 | なし |
|---|---|
| 金額 | 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 | 事業運営費 | 建物管理費 | 食費 | 光熱水費 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| プランⅠ | 5,700,000円 | 159,300円 | 25,000 円 | 63,400 円 | 38,500 円 | 0 円 | 32,400 円 |
| プランⅡ | 4,500,000円 | 179,300円 | 45,000 円 | 63,400 円 | 38,500 円 | 0 円 | 32,400 円 |
| プランⅢ | 3,300,000円 | 199,300円 | 65,000 円 | 63,400 円 | 38,500 円 | 0 円 | 32,400 円 |
| | | 0円 | | | | | |

| 各料金の内訳・明細 | | |
|---|---|---|
| | 前払金 | （合計家賃－月額家賃(各プラン)）×想定居住期間（60か月） により算出<br>（月額単価の説明）<br>建物の賃料、修繕費、家賃、管理事務費等<br>前払金の算定にあたっては、厚生労働省の事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式に基づき算定します。その算定方法は管理規程に示します。<br>（想定居住期間の説明）<br>前事業者運営施設の実績ならびに一般社団法人全国特定事業者協議会計算シートに基づき算定 |
| | 家賃 | プランⅠ：25,000円／月（非課税）プランⅡ：45,000円／月（非課税）<br>プランⅢ：65,000円／月（非課税）<br>※ 合計家賃120,000円のうち、前払金で受領する額を差し引いた額 |
| | 管理費 | 建物管理費、共益費、光熱水費、建物保守に関する維持管理費<br>事務管理部門、厨房職員の人件費 |
| | 介護費用 | -<br>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| | 食費 | 朝食 - 円・昼食 - 円・夕食 - 円 間食 - 円<br>１日当たり 1,296 円 × 30日で積算<br>厨房管理運営費 食材費として（軽減税率8%：消費税込み）円など<br>※当ホームにおける食費に係る消費税については、一日の食費の額が1,920円（税抜き）を<br>（食事をキャンセルする場合の取扱いについて）<br>1日3食（朝・昼・夕）とおやつの費用。外泊等の際には、1日3食を1,080円（消費税込み）で計算して返却致します。事前（2日間前）のお届けにより翌月清算致します。 |
| | 光熱水費 | 建物管理費に含む |

前払金の取扱い

| 支払日・支払方法 | 入居契約日までに当社指定の銀行口座に全額お振込み頂きます。 |
|---|---|
| 償却開始日 | 入居日の翌日 |

| | | |
|---|---|---|
| 返還対象としない額 | なし | |
| | 位置づけ | |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | 前払金÷入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数＝（Ａ）・・・1円未満切上げ<br>（Ａ）×契約終了日から償却期間満了日までの実日数＝返還金<br><br>前払金の償却期間を超える場合：返還金はございませんが、追加徴収も行いませ | |
| 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<br>入居日の翌日から3ヶ月以内において、入居者等から解約を行った場合（死亡の場合を含む）、第32条（入居者等からの解約）第1項1号の規定に関らず、契約終了日までの本契約第2条（目的施設の表示）定める費用を受領済みの前払金から差し引いた上で契約を終了します。なお、前払金から差し引く利用料は、1日当たりの利 | |
| 返還期限 | 退去日翌日から　　3ヶ 月以内 | |
| 保全措置 | あり　　保全先：西日本シティ銀行（連帯保証委託契約） | |
| その他留意事項 | ― | |
| 月額利用料の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | 費用及び使用料の支払いについては、入居者宛に費用項目等の明細を付し毎月15日までに発送します。入居者等は、下記の方法により、指定日までに支払うこととします。尚、請求に於ける月額利用料は、翌月分の前払いとなります。 | |
| その他留意事項 | 振込手数料は利用者負担となります。 | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | 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 | | |
| 入居契約書第29条（費用の改定）に基づき、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数等を勘案の上、運営懇談会の意見を参考にして改定するものとします。 | | |

【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 | プランⅠ |
|---|---|

単位：円

| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 4,500,000 | 179,300 |

※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（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<br><br>特定施設入居者生活介護のサービスに■<br>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）<br><br>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 | | | | ▲ |
| 排泄介助 | | | | ▲ |
| おむつ交換 | | | | ▲ |
| おむつ代 | | | | |
| 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<br>（協力医療機関） | | | | |
| 通院介助<br>（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 | | | 週1回 | |
| リネン交換 | | | 週1回 | |
| 日常の洗濯 | | | | |
| 居室配膳・下膳 | | | | |
| 嗜好に応じた特別食 | | | 実費 | |
| おやつ | | | | |
| 理美容 | | | 実費 | |
| 買物代行（通常の利用区域） | | | 週1回指定日 | |
| 買物代行（上記以外の区域） | | | | |
| 役所手続き代行 | | | 月1回指定日 | |
| 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<br><br>特定施設入居者生活介護のサービスに■<br>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）<br><br>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＞ | | | | |
| 定期健康診断 | | | 年2回指定日<br>実費 | |
| 健康相談 | | | 随時 | |
| 生活指導・栄養指導 | | | 随時 | |
| 服薬支援 | | | | |
| 生活ﾘｽﾞﾑの記録（排便・睡眠等） | | | | |
| 医師の訪問診療 | | | | |
| 医師の往診 | | | 月2回指定日<br>実費 | |
| ＜入退院時、入院中のサービス＞ | | | | |
| 移送サービス | | | 協力医療機関<br>週1回 | |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | | | | |
| 入退院時の同行（上記以外） | | | 実費 | |
| 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＞ | | | | |

基準日：令和8年7月1日

施設名：グッドタイムホーム・町田

# 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：西日本シティ銀行（連帯保証委託契約）** |
| 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。