

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

|                                 |                                  |                                    |                                                           |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 施設名                             | みつばメゾン足立六町                       |                                    |                                                           |
| 定員・室数                           | 25 人 ・ 25 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                             | 法人等の種別 営利法人                      |                                    |                                                           |
|                                 | フリカ`ナ                            | ｶﾞｼｶﾞｲｼﾔﾍﾞｽﾄｹｱ・ﾊﾟｰﾄﾅｰｽﾞ            |                                                           |
|                                 | 名 称                              | 株式会社ベストケア・パートナーズ                   |                                                           |
| 主たる事務所の所在地                      | 〒 336-0031                       |                                    |                                                           |
|                                 | 埼玉県さいたま市南区鹿手袋4丁目4番1号             |                                    |                                                           |
| 連 絡 先                           | 電 話 番 号                          | 048-711-6008                       |                                                           |
|                                 | ファックス番号                          | 048-711-6010                       |                                                           |
| ホ ー ム ペ ー ジ                     | https://bestcare-partners.co.jp/ |                                    |                                                           |
| 代 表 者 職 氏 名                     | 役職名                              | 代表取締役                              | 氏名 中山 彬                                                   |
| 設 立 年 月 日                       | 平成24年7月24日                       |                                    |                                                           |
| 主 な 事 業 等                       | 訪問介護・訪問看護・住宅型有料老人ホーム             |                                    |                                                           |
| 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                            | 2                                | みつば訪問介護赤羽<br>みつば訪問介護 秋津            | 東京都北区東十条6丁目7-12 サンチェリーハイ<br>ツ101<br>東京都東村山市秋津5丁目15-7 101号 |
| 訪問入浴介護                          | なし                               |                                    |                                                           |
| 訪問看護                            | 2                                | みつば訪問看護ステーション赤羽<br>みつば訪問看護ステーション秋津 | 東京都北区東十条6丁目7-12 サンチェリーハイ<br>ツ101<br>東京都東村山市秋津5丁目15-7 101号 |
| 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                          | 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                        | 2                                | みつば訪問看護ステーション赤羽<br>みつば訪問看護ステーション秋津 | 東京都北区東十条6丁目7-12 サンチェリーハイ<br>ツ101<br>東京都東村山市秋津5丁目15-7 101号 |
| 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             | フリカミナ                            | ミツバメゾンダチノクチヨ                                           |                       |                                             |
|                 | 名 称                              | みつばメゾン足立六町                                             |                       |                                             |
| 所 在 地           | 〒 121-0073                       |                                                        |                       |                                             |
|                 | 東京都足立区六町2丁目2番13号                 |                                                        |                       |                                             |
| 連 絡 先           | 電 話 番 号                          | 03-5851-9360                                           |                       |                                             |
|                 | ファックス番号                          | 03-5851-9361                                           |                       |                                             |
| ホ ー ム ペ ー ジ     | https://bestcare-partners.co.jp/ |                                                        |                       |                                             |
| 管 理 者 職 氏 名     | 役職名                              | 施設長                                                    | 氏名                    | 伊藤 陽子                                       |
| 事 業 開 始 年 月 日   | 令和6年2月1日                         |                                                        |                       |                                             |
| 届 出 年 月 日       | 令和5年2月14日                        |                                                        |                       |                                             |
| 届出上の開設年月日       | 令和6年2月1日                         |                                                        |                       |                                             |
| 事業所へのアクセス       | つくばエクスプレス六町駅徒歩6分                 |                                                        |                       |                                             |
| 施設・設備等の状況       |                                  |                                                        |                       |                                             |
| 敷 地             | 権利形態                             | －                                                      | 抵当権                   | なし                                          |
|                 | 面 積                              | 649 m <sup>2</sup>                                     |                       |                                             |
| 建 物             | 権利形態                             | 賃貸借                                                    | 抵当権                   | なし                                          |
|                 | 延床面積                             | 606.56 m <sup>2</sup> うち有料老人ホーム分 606.56 m <sup>2</sup> |                       |                                             |
|                 | 竣工日                              | 令和6年1月30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               | 住宅型有料老人ホーム                                  |
|                 | 併設施設等                            | なし ( )                                                 |                       |                                             |
| 賃貸借契約の概要        | 建物                               | 契約期間                                                   | 令和6年2月1日 ～ 令和35年1月31日 |                                             |
|                 |                                  | 自動更新                                                   | あり                    |                                             |
| 居 室             | 階                                | 定員                                                     | 室数                    | 面積                                          |
|                 | 1階                               | 1人                                                     | 12                    | 10.24 m <sup>2</sup> ～ 10.24 m <sup>2</sup> |
|                 | 2階                               | 1人                                                     | 13                    | 10.24 m <sup>2</sup> ～ 10.24 m <sup>2</sup> |
|                 |                                  |                                                        |                       | m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>             |
|                 |                                  |                                                        |                       | m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>             |
|                 |                                  |                                                        |                       | m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>             |
| 一 時 介 護 室       | 階                                | 定員                                                     | 室数                    | 面積                                          |
|                 |                                  |                                                        |                       | m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>             |
|                 |                                  |                                                        |                       | m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>             |
| 居 室 内 の 設 備 等   | 便 所                              |                                                        | なし                    |                                             |
|                 | 洗 面                              |                                                        | 一部あり                  |                                             |
|                 | 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     | 6 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           | なし ( ) |            |             |        |
|             | 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<br>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    | 1.0        |        |
| 生活相談員                     | 1        |    |     |                       |     | 1人    | 1.0        |        |
| 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                       |          |    |     |                       |     | 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<br>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                     | 0   |       |            |        |
| 実務者研修                     | 0        | 0  | 0   | 0                     | 0   |       |            |        |
| 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                     | 0   |       |            |        |
| ③－2 機能訓練指導員の資格            |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| 資格                        | 延べ<br>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           |          |    |     | なし                    |     |       |            |        |
| ④ 夜勤・宿直体制                 |          |    |     |                       |     |       |            |        |
| 配置職員数が最も少ない時間帯            |          |    |     | 18 時 0 分～ 9 時 0 分     |     |       |            |        |
| 上記時間帯の職員配置数               |          |    |     | 介護職員 0 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                   |       |                                                               |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 5 年以上10年未満                    |       |                                                               |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 10年以上                         |       |                                                               |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 合計                            | 0     | 0                                                             | 0    | 0   | 1     | 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（委託）                 |     |         |     |  |
| 食事介助サービス                      |       |                                                               |      |     |       |     | なし                     |     |         |     |  |
| 入浴介助サービス                      |       |                                                               |      |     |       |     | なし                     |     |         |     |  |
| 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         |       |                                                               |      |     |       |     | なし                     |     |         |     |  |
| 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）          |       |                                                               |      |     |       |     | あり協力医療機関等による定期的な健康診断受診 |     |         |     |  |
| 服薬管理サービス                      |       |                                                               |      |     |       |     | なし                     |     |         |     |  |
| 金銭管理サービス                      |       |                                                               |      |     |       |     | あり                     |     |         |     |  |
| 定期的な安否確認の方法                   |       | 1 日 3 回の食事の提供サービス時に安否確認を行います。                                 |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容              |       | 施設では医療的ケアに対応いたしません。                                           |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 医療機関との連携・協力                   |       |                                                               |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 協力医療機関(1)                     | 名称    | 医療法人社団福寿会 赤羽岩渕病院                                              |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | 所在地   | 東京都北区赤羽2丁目64番13号                                              |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | 協力の内容 | 健康相談・健康診断・受診・治療等                                              |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 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    | 医療法人社団聖陵会 上中里駅前歯科医院                                           |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | 所在地   | 東京都北区上中里1-37-15 大林フローラ上中里 1 階                                 |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | 協力の内容 | 健康相談・健康診断・受診・治療等                                              |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 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    | 40歳以上                                                         |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | 要介護度  | 要支援から要介護5まで                                                   |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | 医療的ケア | 医療的ケアが必要な方もご入居いただけます。                                         |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | 認知症   | 認知症の方もご入居いただけます。                                              |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | その他   |                                                               |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 身元引受人等の条件、義務等                 |       | 連帯保証人は利用権契約書の記名押印欄に記載する極度額を限度として入居者の債務を負担する。詳細は利用権契約書第21条を参照。 |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 体験入居                          | 利用期間  | 1泊2日                                                          |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | 利用料金  | 1泊2日3食付5,500円                                                 |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
|                               | その他   | なし                                                            |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |
| 入院時の契約の取扱い                    |       | 連続して30日以上居室を空けた場合、30日の予告期間を設け、契約を解約することができる。                  |      |     |       |     |                        |     |         |     |  |

|                               |                                                  |                                                                                                                                             |          |
|-------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 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 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                                | ①原則身体拘束を行わない、②三要件（切迫性・非代替性・一時性）を確認する、③施設として判断する、④本人・家族に説明し、同意を得る、⑤やむを得ない場合かどうか常に観察、再検討し、該当しなくなった場合は直ちに解除する、⑥記録を取る、⑦身体拘束等適正化検討委員会を3か月に1回実施する |          |
| 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                                       | 利用権契約書第16条による                                                                                                                               |          |
| 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                        |                                                  | みつばメゾン足立六町                                                                                                                                  |          |
|                               | 電話番号                                             | 03-5851-9360                                                                                                                                |          |
|                               | 対応時間                                             | 9:00 ～ 18:00 ( 月～金 )                                                                                                                        |          |
| 窓口の名称2                        |                                                  | 株式会社ベストケア・パートナーズ                                                                                                                            |          |
|                               | 電話番号                                             | 048-711-6008                                                                                                                                |          |
|                               | 対応時間                                             | 9:00 ～ 18:00 ( 月～金 )                                                                                                                        |          |
| 窓口の名称3                        |                                                  | 足立区高齢者施策推進室介護保険課                                                                                                                            |          |
|                               | 電話番号                                             | 03-3880-5887                                                                                                                                |          |
|                               | 対応時間                                             | 8:45 ～ 17:15 ( 祝日を除く月～金 )                                                                                                                   |          |
| 賠償責任保険の加入                     |                                                  | あり 保険の名称： 三井住友海上火災保険株式会社                                                                                                                    |          |
| 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：69.0 歳             |              |                    | 入居者数合計：20 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                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                    |                | 5      | 1      |   |
|                                           | 6 5 歳以上 7 5 歳未満                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                    |                |        | 2      |   |
|                                           | 7 5 歳以上 8 5 歳未満                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                    | 1              | 6      | 1      |   |
|                                           | 8 5 歳以上                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                    | 1              |        | 3      |   |
|                                           | 合計                                                       | 0                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0                       | 0            | 0                  | 0              | 2      | 11     | 7 |
| 入居継続期間別入居者数                               |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                    |                |        |        |   |
| 入居期間                                      |                                                          | 6月未満                                                                                                                                                                                                                                                               | 6月以上<br>1年未満            | 1年以上<br>5年未満 | 5年以上<br>10年未満      | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上  | 合計     |   |
| 入居者数                                      |                                                          | 6                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3                       | 11           |                    |                |        | 20     |   |
| 男女別入居者数                                   |                                                          | 男性：15 人                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |              | 女性：5 人             |                |        |        |   |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。）                    |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              | 80 % （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                    |                                                          | 1                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |              | 医療機関への入院           |                | 2      |        |   |
| 介護老人保健施設へ転居                               |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              | 死亡                 |                | 6      |        |   |
| 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             |                | 9      |        |   |
| 6 利用料金                                    |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                    |                |        |        |   |
| 入居準備費用                                    |                                                          | あり 15,000 円                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |              |                    |                |        |        |   |
| 明内<br>細 訳                                 | 施設火災保険料の一部負担金（負担は1回のみ。ご自身で任意の保険に加入することも可能。その場合は負担金は不要です） |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |                    |                |        |        |   |
|                                           | 支払日・支払方法                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    | 月末払い・口座引落または口座振込または現金払い |              |                    |                |        |        |   |
|                                           | 解約時の返還                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    | なし                      |              |                    |                |        |        |   |
| 敷金                                        |                                                          | あり                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |              |                    |                |        |        |   |
| 金額                                        |                                                          | 90,000 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   |   |
| プラン 1                                     |                                                          | 0円                                                                                                                                                                                                                                                                 | 161,600円                | 70,000       | 32,000             |                | 48,600 | 11,000 |   |
| プラン 2                                     |                                                          | 0円                                                                                                                                                                                                                                                                 | 118,300円                | 53,700       | 32,000             |                | 21,600 | 11,000 |   |
|                                           |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0円                      |              |                    |                |        |        |   |
|                                           |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0円                      |              |                    |                |        |        |   |
| 各<br>料<br>金<br>の<br>内<br>訳<br>・<br>明<br>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                                                       | 近隣の一般住宅相場に鑑み妥当な額として70,000円に設定しています。全額月払いで受領いたします。                                                                                                                                                                                                                  |                         |              |                    |                |        |        |   |
|                                           | 管理費                                                      | 専有居室及び共用部分の維持管理に必要な保守管理費・共用部分の清掃費                                                                                                                                                                                                                                  |                         |              |                    |                |        |        |   |
|                                           | 介護費用                                                     | 該当なし<br><div>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</div>                                                                                                                                                                                                                           |                         |              |                    |                |        |        |   |
|                                           | 食費                                                       | 朝食        432    円・昼食        540    円・夕食        648    円    間食        0        円<br>1 日当たり        1,620    円        × 30 日で積算<br>厨房管理運営費                          円など<br>（食事をキャンセルする場合の取扱いについて）<br><div>14日前に欠食の届けをした場合は、朝・昼・夜それぞれの単価を用いて喫食実績に基づき精算するものとします。</div> |                         |              |                    |                |        |        |   |
|                                           | 光熱水費                                                     | 専有居室及び共用部分の維持管理に必要な光熱費・上下水道使用料                                                                                                                                                                                                                                     |                         |              |                    |                |        |        |   |

|                                                                    |                                       |                         |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| 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                                                           | 月末払い・口座引落または口座振込または現金払い               |                         |
| 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                                                            |                                       |                         |
| 入居契約書第4条の規定に基づき、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及び人件費等を勘案の上、改定することがあります。 |                                       |                         |

|                                                 |        |                          |         |
|-------------------------------------------------|--------|--------------------------|---------|
| 【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 1  |                          |         |
| 単位：円                                            |        |                          |         |
| 入居準備費用                                          | 敷金     | 前払金                      | 月額利用料   |
| 15,000                                          | 90,000 | 0                        | 161,600 |
| ※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 | 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

|                                                                                           |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>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。</div> <div>年      月      日</div> <div>署名</div> | <div>説明年月日</div> <div>年      月      日</div> <div>説明者職・氏名</div> <div>職</div> <div>署名</div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

介護サービス等の一覧表（参考様式）

| <div> <div>区分</div> <div>サービス</div> </div> | （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）                   |
|                                            |                                 |                     | 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○ | 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                                       | -                               | -                   |                                           | 実費                                    |
| 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                                       | -                               | -                   |                                           | ▲                                     |
| リネン交換                                      | -                               | -                   |                                           | ▲                                     |
| 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                                        | -                               | -                   |                                           | 2ヶ月に1回程度、実費にて訪問理美容の利用可                |
| 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                                   | -                               | -                   | ○                                         |                                       |

| <div> <div>区 分</div> <div>サービス</div> </div> | (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)             |
| <健康管理サービス>                                  |                                 |                     |                |                                 |
| 定期健康診断                                      | －                               | －                   |                | 実費で協力医療機関等による定期的な健康診断受診の機会を設ける。 |
| 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>                                   | －                               | －                   | －              | －                               |

基準日:令和7年7月1日

施設名:みつばメゾン足立六町

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。                                      | ○<br>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。            | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>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。                      | ○<br>適合 | ・ | 不適合                  |                                                                                                                                                 |
| 4                         | 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。                                                        | ○<br>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。                                | ○<br>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。                   | ○<br>適合 | ・ | 不適合<br>・<br>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。                           | ○<br>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。                                                        | ○<br>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      | ・ | ○<br>不適合             | ベッド(全長約1800mm×幅約1000mm)の配置を入口面に対して垂直に置き、生活必需品を収納ケースに収めるなどの工夫をすれば、通常の移乗場所、緊急時のストレッチャー、救急隊員3名が入るスペースを確保できます。弊社の他施設でも10㎡未満の居室がありますが、問題なく運営出来ております。 |
| 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。                                   | ○<br>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。                                              | ○<br>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。                                  | ○<br>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      | ・ | ○<br>不適合<br>・<br>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      | ・ | ○<br>不適合<br>・<br>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      | ・ | ○<br>不適合<br>・<br>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。