

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	医療対応住宅ケアホスピス南大井		
定員・室数	32人	・	32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	
	フリカゝナ	カブシキガイシャイーティ		
	名 称	株式会社 A T		
主たる事務所の所在地	〒213-0021			
	神奈川県川崎市高津区千年新町9番地15			
連 絡 先	電 話 番 号	044-322-9288		
	ファックス番号	044-322-9163		
ホ ー ム ペ ー ジ	https://at-care.co.jp/			
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	津田篤志
設 立 年 月 日	平成23年2月16日			
主 な 事 業 等	介護保険指定事業（訪問看護、訪問介護、居宅介護支援）			

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	アットプレオ石川町	八王子市石川町702 - 1
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	4	アットリハ八王子	八王子市本町9-2
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	2	アットプレオ石川町	八王子市石川町702 - 1
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	1	アットプレイス根岸	町田市根岸2-30-10
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	5	アットコレット八王子	八王子市本町9-2
＜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	4	アットリハ八王子	八王子市本町9-2
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	フリカゝナ	リョウタイウジ ユタクケアホスピス南大井				
	名 称	医療対応住宅ケアホスピス南大井				
所 在 地	〒 140-0013	東京都品川区南大井 6 丁目 4-1				
連 絡 先	電 話 番 号	03-6271-6183				
	ファックス番号	03-6271-6187				
ホ ー ム ペ ー ジ	https://hospice.at-care.co.jp/					
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名	久保田 遼		
事 業 開 始 年 月 日	令和 6 年 9 月 1 日					
届 出 年 月 日	令和 6 年 8 月 16 日					
届出上の開設年月日	令和 6 年 9 月 1 日					
事業所へのアクセス	京浜東北線 大森駅より450m 徒歩6分					
施設・設備等の状況						
敷 地	権利形態	—	抵当権	あり		
	面 積	318.4 m ²				
建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	あり		
	延床面積	1069.18 m ² うち有料老人ホーム分 1002.26 m ²				
	竣工日	令和 6 年 8 月 31 日				
	階 数	地上 5 階 地下 1 階				
		うち有料老人ホーム分 地上 5 階 地下 1 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 (訪問看護事業所, 居宅介護支援事業所)				
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	令和6年9月1日 ～ 令和26年8月31日			
		自動更新	あり			
居 室	階	定員	室数	面積		
	2階	1人	8	10.3 m ² ～ 18.5 m ²		
	3階	1人	8	10.3 m ² ～ 18.5 m ²		
	4階	1人	8	10.3 m ² ～ 18.5 m ²		
	5階	1人	8	10.3 m ² ～ 18.5 m ²		
				m ² ～ m ²		
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積		
				m ² ～ m ²		
				m ² ～ m ²		

居 室 内 の 設 備 等	便 所	一部あり	
	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	5 箇所	(男女共用)	
共 同 浴 室	個浴： 1 大浴槽： 0 機械浴： 2		
	併施設設との共用	なし ()	
食 堂	兼用	あり	(機能訓練室)
	併施設設との共用	なし ()	
その他の共用施設	なし ()		
エ レ ベ ー タ ー	あり 1 基		
消 防 設 備	自動火災報知設備： あり		火災通報装置： あり スプリンクラー： あり
緊 急 呼 出 装 置	居室： あり	便所： あり	浴室： あり 脱衣室： あり

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態								
① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	兼務状況 等
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者（施設長）	1					1人	1.0	
生活相談員						0人		
看護職員：直接雇用						0人		
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用						0人		
介護職員：派遣						0人		
機能訓練指導員						0人		
計画作成担当者						0人		
栄養士						0人		
調理員						0人		
事務員	2					2人	2.0	
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 人数	常勤		非常勤				
		専従	非専従	専従	非専従			
介護福祉士								
実務者研修								
介護職員初任者研修								
介護支援専門員								
たん吸引等研修（不特定）								
たん吸引等研修（特定）								
資格なし								
③－2 機能訓練指導員の資格								
資格	延べ 人数	常勤		非常勤				
		専従	非専従	専従	非専従			
理学療法士								
作業療法士								
言語聴覚士								
看護師又は准看護師								
柔道整復師								
あん摩マッサージ指圧師								
はり師又はきゅう師								

③－3 管理者（施設長）の資格				看護師							
④ 夜勤・宿直体制				※夜間は訪問看護職員から施設長へ連絡する事で緊急対応							
配置職員数が最も少ない時間帯				20 時 0 分～ 7 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 年以上 3 年未満											
3 年以上 5 年未満											
5 年以上10年未満											
10年以上											
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

4 サービスの内容

提供するサービス		
食事の提供サービス		あり（配食サービス）
食事介助サービス		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
服薬管理サービス		なし
金銭管理サービス		なし
定期的な安否確認の方法	1日1回昼食時に有料老人ホーム職員により行います。 常駐している訪問看護師または訪問介護員により、日中（3回食事の時間帯）、夜間は3時間毎の巡回にて確認いたします。	
施設で対応できる医療的ケアの内容	在宅医療として訪問看護師が対応可能な医療処置。 経管栄養（胃ろうを含む）、IVH、在宅酸素、気管カニューレ、吸引など	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	雨のち晴れクリニック代々木
	所在地	東京都渋谷区代々木3-14-8 エフ・ロード代々木101号
	協力の内容	往診、その他緊急時対応等
協力医療機関(2)	名称	
	所在地	
	協力の内容	
協力歯科医療機関	名称	東林間歯科
	所在地	神奈川県相模原市南区上鶴間5-9-19 グランK1F
	協力の内容	訪問歯科
利用者の個別的な選択によるサービス提供		なし
運営懇談会の開催		あり（年1回予定）
入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置		
自費によるショートステイ事業		なし

入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	概ね65歳以上の方
	要介護度	混合型（自立除く）
	医療的ケア	お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。
	認知症	お客様の状態を確認させていただいた上で、入居可能かご相談させていただきます。
	その他	共同生活になりますので、他の入居者に迷惑の掛かる行為等がある場合、もしくは重篤な疾患をお持ちの入居者が多い施設のため、感染症がある場合など、入居をご遠慮いただく場合があります。
身元引受人等の条件、義務等	・入居者には保証人を2名定めていただきます。 ・当施設の利用契約から生ずる、入居者のすべての債務の連帯保証 ・入居契約終了時の入居者の身柄引取り ・入居者の治療、入院に関する手配の協力 ・入居者の治療等に関して、医療機関から医療同意を求められ、入居者がその意思を示すことができない場合、入居者に代わってその対応および手続きを行うこと ・入居契約終了時に入居者が生存していない場合の、返還金等の返還先銀行口座の指定等 ※保証人が上記義務の履行が困難になった場合には、入居者は新たな保証人を速やかに選定し、当施設に通知します。	
体験入居	利用期間	なし
	利用料金	なし
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、入居者の意思を確認し、身元引受人の同意を得て、医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。医療機関への受診・治療は、原則、入居者・身元引受人にてご対応をお願いいたします。 2ヵ月以上の入院等で施設に入居することができない場合、契約維持について本人・身元引受人にご相談させていただきます。 入院期間中も家賃と管理費のお支払いは発生いたします。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	サービスの提供にあたっては、入居者の生命または身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3つの要件すべてを満たす緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）は行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合は、身体拘束廃止委員会を中心とし、身体拘束3要件の全てを満たしているかの確認後、拘束の方法・場所・時間帯・期間等について検討し、本人・家族に対して説明し同意を得たうえで実施致します。 実施中の経過を記録し、再検討を行ない早期の拘束解除を目指すとともに、要件に該当しなくなった場合は直ちに解除致します。	
事業者からの契約解除	本契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に本契約を解除する場合があります。 入居契約第28条参照	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
一時介護室への移動		なし
	判断基準・手続	
	利用料金の変更	
	前払金の調整	
	従前居室との仕様の変更	
その他の居室への移動		あり
	判断基準・手続	入居者の要介護状態の変化、医療処置の変更等により当該居室では適切な介護・医療処置を実施できないおそれが生じた場合、入居者および身元引受人と協議の上、より適切な居室に変更することがあります。
	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	なし

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		医療対応住宅ケアホスピス南大井：施設長	
	電話番号	03-6271-6183	
	対応時間	9:00 ～ 18:00 （ 土日祝日を除く ）	
窓口の名称 2		株式会社 A T 本部	
	電話番号	044-322-9288	
	対応時間	9:00 ～ 18:00 （ 土日祝日を除く ）	
窓口の名称 3		東京都福祉局 高齢者施策推進部 施設支援課 有料老人ホーム担当	
	電話番号	03-5320-4537	
	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： 事業活動包括保険（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： 79.0 歳		入居者数合計： 4 人				
年齢 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
6 5 歳未満								
6 5 歳以上 7 5 歳未満					1			1
7 5 歳以上 8 5 歳未満								1
8 5 歳以上					1			
合計	0	0	0	0	2	0	0	2
入居継続期間別入居者数								
入居期間	6月未満	6月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上	合計	
入居者数	4	0	0	0	0	0	4	
男女別入居者数	男性： 1 人		女性： 3 人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				13 % （定員に対する入居者数）				
直近 1 年間に退去した者の人数と理由								
理由	人数			理由	人数			
自宅・家族同居				その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居				
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居				医療機関への入院				
介護老人保健施設へ転居				死亡				
介護療養型医療施設へ転居				その他				
他の有料老人ホームへ転居				退去者数合計	0			

6 利用料金

入居準備費用		なし円						
明内 細 訳	入居契約時の諸費用として（事前面談調査費、医療機関等調査費、入居判定会議、書類作成費用、PC基本データ登録料、通信費、交通費等）							
支払日・支払方法		入居時までに弊社指定口座に振込にてお支払いいただきます。						
解約時の返還		なし						
敷金		あり						
金額		161,100 円 敷金（入居一時金）は、入居時までに一括して弊社指定口座に振込にてお支払いいただきます。 敷金は、居室および共用施設の家賃相当額の全部または一部です。 <敷金の算定方法> 敷金は、入居一時金として以下の算定方式に則って算定しております。 敷金：161,100円 ＝ 1 か月分の家賃53,700円×想定居住期間3ヵ月（90日） 【契約開始日から90日以内の解約の場合】 返還金=入居一時金-（償却単価1,790円/日 x 契約経過日数） 【契約開始日から90日を超えて入居されていた解約の場合】 返還金はありません。						
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）			光熱水費	
				家賃	管理費	介護費用		食費
名称なし		0円	113,600円	53,700	27,500	0	32,400	管理費に含む
			0円					
			0円					
			0円					
各料金の内訳・明細	前払金	月額単価（円）×想定居住期間（月）により算出						
		（月額単価の説明）						
		（想定居住期間の説明）						
	家賃	近傍家賃相場を勘案して算出。非課税。						
	管理費	居室・共用部の電気、ガス、水道料、その他共通サービス諸経費および人件費等を勘案して算出。						
	介護費用	無し ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
食費	朝食 216 円・昼食 432 円・夕食 432 円 間食 なし 円 1日当たり 1,080 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 5日前までにキャンセルの申し出があった場合は上記記載額に応じていただきません。							
光熱水費	管理費に含む							
前払金の取扱い								
支払日・支払方法								
償却開始日								
返還対象としない額								
	位置づけ							

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 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示） 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（協力医療機関）				▲
通院介助（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				防水シート4回以上交換 一律3000円
日常の洗濯				▲
居室配膳・下膳				▲
嗜好に応じた特別食				▲（毎食100円追加）
おやつ			—	—
理美容				▲（実費）
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			—	—

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	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■ 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▲
<健康管理サービス>				
定期健康診断				▲(提携医により実施・実費)
健康相談				▲
生活指導・栄養指導			○(施設サービス)	
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>				

施設名：医療対応住宅ケアホスピス南大井

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	検査済証紛失
4	耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合	・	不適合	
5	各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	○ 適合	・	不適合	
6	【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】 消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。	○ 適合	・	不適合 ・ 非該当	
7	消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。	○ 適合	・	不適合	
入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目					
8	各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	・	不適合	
9	各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上(既存の建築物を転用した場合等で必要な要件を満たした場合は7.43㎡以上)であるか。	適合	・	○ 不適合	居室面積13㎡を満たしていない部屋が5室(12.6㎡×1室、10.3㎡×4室)あり
10	すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	○ 適合	・	不適合	
11	入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。	○ 適合	・	不適合	
12	緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	○ 適合	・	不適合	
入居者の財産を保全するための項目					
13	前払金について、規定された保全措置を講じているか。	適合	・	不適合 ・ ○ 非該当	保全先：
14	前払金について、全額を返還対象としているか。 (初期償却0の場合のみ「適」とする。)	適合	・	不適合 ・ ○ 非該当	初期償却率： %
15	入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	適合	・	不適合 ・ ○ 非該当	

※ 開設日前にあ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。