

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	ひまわりホーム江戸川
定員・室数	9 人 ・ 9 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	専用型（要介護のみ）
介 護 保 険 の 利 用	居宅サービス利用可
居 室 区 分	定員1人

1 事業主体

名 称	法人等の種別 営利法人		
]	カブシキカイシャヒマワリ	
名 称	株式会社ひまわり		
主たる事務所の所在地	〒	104-0045	
	東京都中央区築地4-3-8		
連 絡 先	電 話 番 号	03-5332-3773	
	フ ァ ッ ク ス 番 号	03-5332-3774	
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.himawari-home.co.jp/		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名 佐藤 慶喜
設 立 年 月 日	平成24年12月20日		
主 な 事 業 等	介護事業		

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	田辺の介護訪問介護事業所	江戸川区中葛西5-15-10第2藤友ビル101
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護	1	ひまわりホーム新宿	東京都新宿区上落合2-10-6
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護			
夜間対応型訪問介護			
地域密着型通所介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）			
居宅介護支援			
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			

介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護			
介護予防福祉用具貸与			
介護予防特定福祉用具販売			
<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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
介護医療院			

2 事業所概要

名 称	フリカ`ナ 名 称	ヒマワリホームエドガワ ひまわりホーム江戸川			
所 在 地	〒 132-0025	東京都江戸川区松江4-20-20-3階			
連 絡 先	電 話 番 号	03-5678-6668			
	ファックス番号	03-5678-6665			
ホ ー ム ペ ー ジ	なし				
管 理 者 職 氏 名	役職名	ホーム長	氏名	大栗なつき	
事 業 開 始 年 月 日	令和6年11月1日				
届 出 年 月 日	令和6年10月21日				
届出上の開設年月日	令和6年11月1日				
事業所へのアクセス	都営新宿線船堀駅より1.2km				
施設・設備等の状況					
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし	
	面 積	684.68 m ²			
建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	942.08 m ² うち有料老人ホーム分 214.35 m ²			
	竣工日	平成3年1月10日			
	階 数	地上 3 階 地下 0 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 3 階 地下 0 階			
	構造	準耐火建築物	建築物用途区分	工場、事務所、寄宿舍	
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11月1日 ~ 令和11年10月31日		
		自動更新	なし 契約の継続申し入れによる継続更新		
居 室	階	定員	室数	面積	
	3階	1人	9	10 m ² ~ 10.7 m ²	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
居 室 内 の 設 備 等	便 所	なし			
	洗 面	なし			
	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 (設置費用は各自負担)			
共 同 便 所	2 箇所		(男女共用)		

共同浴室	個浴： 1	大浴槽： 0	機械浴： 0
	併設施設との共用	なし ()	
食堂	兼用	あり (談話室. 機能訓練. 事務室)	
	併設施設との共用	なし ()	
その他の共用施設	なし ()		
エレベーター	あり 1 基		
消防設備	自動火災報知設備： あり	火災通報装置： あり	スプリンクラー： あり
緊急呼出装置	居室： あり	便所： あり	浴室： あり 脱衣室： あり

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態															
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況等							
		専従	非専従	専従	非専従										
管理者（施設長）			1			1人	0.7	同一法人内の田辺の介護訪問介護事業所 敷地外兼務あり							
生活相談員						0人									
看護職員：直接雇用						0人									
看護職員：派遣						0人									
介護職員：直接雇用			2		5	7人	0.3	同一法人内の田辺の介護訪問介護事業所（敷地外）と兼務							
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	延べ人数	常勤		非常勤		/									
		専従	非専従	専従	非専従										
介護福祉士					1						/				
実務者研修															
介護職員初任者研修			3		5										
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		0									/				
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						なし									
④ 夜勤・宿直体制						訪問介護員の場合、施設長に連絡をすることで緊急時対応行なう。									
配置職員数が最も少ない時間帯						22 時 0 分～ 8 時 0 分									
上記時間帯の職員配置数						介護職員又は訪問介護員 1 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 (直営)	
食事介助サービス	あり	
入浴介助サービス	あり	
排せつ介助サービス	あり	
口腔衛生管理サービス	あり	
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	あり	
相談対応サービス	あり	
健康管理サービス (定期的な健康診断実施)	あり	
服薬管理サービス	あり	
金銭管理サービス	あり	
定期的な安否確認の方法	1時間毎巡視、0時～6時は、0時、3時、6時	
施設で対応できる医療的ケアの内容	なし	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	葛飾南クリニック
	所在地	東京都葛飾区西新小岩1-3-11 フォーラム新小岩3階
	協力の内容	月2回の訪問診療、緊急時の対応
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	北大塚歯科医院
	所在地	東京都豊島区北大塚3-30-8
	協力の内容	口腔ケア、嚥下
利用者の個別的な選択によるサービス提供	あり	
運営懇談会の開催	あり (年 1 回予定)	
入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置		
自費によるショートステイ事業	あり	
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	原則60歳以上
	要介護度	要介護
	医療的ケア	不可
	認知症	可
	その他	なし
身元引受人等の条件、義務等	①入居者の債務を連帯して履行する義務を負える方②緊急時に連絡が可能な方	
体験入居	利用期間	3泊4日まで
	利用料金	1泊10,000円
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	入院より30日以上不在の場合は原則退去とさせていただきますが、話し合いにより決定する。	

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	切迫性、非代替性、一時的な本人および周囲の人たちへの生命、身体的危険にさらされる恐れがある場合や身体的拘束以外に手段がない場合にご家族の説明の上同意書頂く。
事業者からの契約解除	支払いを正当な理由なく、2か月以上遅延する時。危害の切迫した恐れがあり、通常の介護方法及び接遇方法では防止することができないとき。

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	ひまわりホーム江戸川
電話番号	03-5678-6668
対応時間	9:00 ~ 18:00 (土日祝日を除く)
窓口の名称 2	株式会社ひまわり
電話番号	03-5332-3773
対応時間	9:00 ~ 18:00 (土日祝日を除く)
窓口の名称 3	江戸川区役所福祉部介護保険課事業者調整係
電話番号	03-5662-0032
対応時間	8:30 ~ 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： 損保ジャパン損害保険

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	なし
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： 歳	入居者数合計： 0 人						
年齢 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
65歳未満								
65歳以上75歳未満								
75歳以上85歳未満								
85歳以上								
合計	0	0	0	0	0	0	0	0
入居継続期間別入居者数	6月未満	6月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計	
入居者数							0	
男女別入居者数	男性： 人	女性： 人						
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	0 %	（定員に対する入居者数）						
直近1年間に退去した者の人数と理由	理由	人数	理由	人数				

サービスの返還金の算定方式	
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。指定口座への振り込みまたは現金払いでの。
その他留意事項	15日請求書を送付。
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	

【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	前払い金なし		
	単位：円		
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
	107,400		121,950
※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	入居希望者に交付	財務諸表の要旨	入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に交付	財務諸表の原本	入居希望者に交付
事業収支計画書	入居希望者に交付	その他開示情報	なし

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

<p>重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>署名 _____</p>
--

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

介護サービス等の一覧表(参考様式)

区分 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)
<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 (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				▲(1回500円)
リネン交換				▲(1回300円)
日常の洗濯				▲(1回300円)
居室配膳・下膳				▲
嗜好に応じた特別食			×	
おやつ			○	
理美容			×	
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	(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)
サービス			特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○	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				実費(年2回)
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				実費(月2回)
医師の往診			緊急時	実費
<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：ひまわりホーム江戸川

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

※ 開設日前にあつては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。