

## 有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	グループライフ楽し家
定員・室数	10 人 ・ 10 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		
	フリカ`ナ 名 称	カ`ンガ`イヤクリ林 株式会社クリオネ	
主たる事務所の所在地	〒 144-0035	東京都大田区南蒲田1-10-12	
連 絡 先	電 話 番 号	03-3737-3718	
	フ ァ ッ ク ス 番 号	03-3737-3717	
ホ ー ム ペ ー ジ	なし		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名 石岡 紀子
設 立 年 月 日	昭和62年7月31日		
主 な 事 業 等	訪問介護事業		

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	1	クリオネ訪問介護ステーション	大田区南蒲田1-10-12-202
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	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		
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	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		
介護医療院	なし		

## 2 事業所概要

名 称	フリガナ	グループライフタビヤ		
	名 称	グループライフ楽し家		
所 在 地	〒	144-0035		
	東京都大田区南蒲田1-10-12 第8高橋ビル1F			
連 絡 先	電 話 番 号	03-3737-3718		
	ファックス番号	なし		
ホ ー ム ペ ー ジ	なし			
管 理 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	石岡 紀子
事 業 開 始 年 月 日	平成 16 年 8 月 1 日			
届 出 年 月 日	平成 22 年 7 月 8 日			
届出上の開設年月日	平成 22 年 7 月 15 日			
事業所へのアクセス	京浜急行線京急蒲田駅より300メートル(徒歩5分)			
施設・設備等の状況				
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし
	面 積	301.77 m <sup>2</sup>		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	433.18 m <sup>2</sup> うち有料老人ホーム分 132.23 m <sup>2</sup>			
	竣工日	昭 和 56 年 6 月 15 日			
	階 数	地上 3 階      地下 0 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 1 階      地下 0 階			
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	店舗併用共同住宅	
	併設施設等	あり      (      クリオネ訪問介護ステーション      )			
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	平成30年3月1日      ～      平成33年2月28日		
		自動更新	なし      但し期間満了後双方より意義の無い場合は更新する事ができる。入居契約期間は借家契約期間内とする。		
居 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	10	4.92 m <sup>2</sup> ～      8.48 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>	
				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>	
便 所	居室	設置なし	共同便所	2 箇所      (      男女共用      )	
浴 室	居室	設置なし	共同浴室	個浴：1      大浴槽：0      機械浴：0	
	併設施設との共用		あり      (      クリオネ訪問介護ステーション      )		
食 堂	兼用	あり      (      談話室兼機能訓練室      )			
	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	なし      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：なし
緊 急 呼 出 装 置	居室：なし	便所：なし	浴室：なし	脱衣室：なし	

### 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	0.1	介護職員兼務
生活相談員			1			1人	0.1	管理者兼務
看護職員：直接雇用				2	1	3人	1.5	機能訓練指導員兼務
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用			1	3	1	5人	2.7	常勤は管理者兼務 非常勤は事務員兼務
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			3	1	
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				2	1

  

③-2 機能訓練指導員の資格					
資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
看護師又は准看護師					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					
はり師又はきゅう師					

  

③-3 管理者（施設長）の資格	介護福祉士
④ 夜勤・宿直体制	
配置職員数が最も少ない時間帯	20 時 0 分～ 7 時 0 分
上記時間帯の職員配置数	介護職員 1 人以上 看護職員 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						
1年以上3年未満											
3年以上5年未満											
5年以上10年未満			3	1	3	1					
10年以上											
合計		0	3	1	4	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（直営）	
食事介助サービス	あり	
入浴介助サービス	あり	
排せつ介助サービス	あり	
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	あり	
相談対応サービス	あり	
健康管理サービス（定期的な健康診断実施）	あり	
服薬管理サービス	あり	
金銭管理サービス	なし	
定期的な安否確認の方法	定時巡回（日中3時間毎 夜間3時間毎）	
施設で対応できる医療的ケアの内容	経管栄養・喀痰吸引 ※登録特定行為事業者登録済 施設の看護師又は認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けた介護職員が実施	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	大森山王病院
	所在地	東京都大田区山王3-9-6
	協力の内容	申込必要 週1回の訪問診療（内科・外科） 年2回の健康診断 緊急時の往診 費用：医療機関からの請求額を自己負担 ホームから医療機関までの距離3.5キロ

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	大田歯科
	所在地	東京都大田区大森東4-3-11
	協力の内容	申込必要 治療の必要な入居者の訪問診療 緊急時の往診 費用：医療機関からの請求額を自己負担 ホームから医療機関までの距離2キロ
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 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	原則65歳以上
	要介護度	要介護1～5
	医療的ケア	経管栄養・痰吸引の必要な場合は要相談
	認知症	受け入れ可
	その他	女性に限る
身元引受人等の条件、義務等	身元引き受け人は親族又は成年後見人に限る。身元引受人は入居者の債務を連帯して遂行する義務を負う。 詳細は入居契約書第35条を参照	
体験入居	利用期間	4泊5日まで
	利用料金	一泊7,500円(宿泊費2000円・食事代1500円・支援費4000円)
	その他	体験入居希望日の14日前迄に要相談
入院時の契約の取扱い	入院により1ヶ月に満たない場合の利用料の計算について 家賃：1ヶ月分 管理費・光熱費：15日以内の場合半分 16日以上の場合1ヶ月分	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手續	入居者自身又は他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高く、かつ施設の通常の介護方法及び接遇方法等ではこれを防止できない時は身体拘束その他の行動制限を一時的に行います。本人と家族の同意を得た後書面にて手續を行います。その際本人と家族の署名・捺印が必要となります。緊急やむを得ず行う場合は電話による手續となります。身体拘束実行中は記録をとり、介助に向けて拘束の必要性や方法のカンファレンスを随時行い必要性が無くなった場合は解除します。	
事業者からの契約解除	①入居者申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば滞納する時③禁止又は制限される行為をした時④入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又は其の危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の管理方法及び接遇方法等ではこれを防止することができない時⑤死亡した時	
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・手續		
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	株式会社クリオネ		
電話番号	03-3737-3718		
対応時間	9:00 ~ 18:00 ( 月曜日～日曜日 )		
窓口の名称 2	大田区福祉部高齢福祉課		
電話番号	03-5744-1250		
対応時間	9:00 ~ 17:00 ( 月曜日～金曜日 )		
窓口の名称 3	東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課		
電話番号	03-5321-1111 (内線) 33-611		
対応時間	9:00 ~ 17:00 ( 月曜日～金曜日 )		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称：株式会社損害保険ジャパン 賠償責任保険		
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	あり		
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

## 5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢：	80.0 歳	入居者数合計：	5 人				
年齢 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
65歳未満								
65歳以上75歳未満	1							1
75歳以上85歳未満						1		
85歳以上							1	1
合計	1	0	0	0	0	1	1	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	1	1	2		1		5	
男女別入居者数	男性： 0 人		女性： 5 人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	50 % （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							
支払日・支払方法							
解約時の返還							
敷金	なし						
金額	円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。						
家賃及びサービスの対価							
プランの名称	前払金	月額利用料	(内訳)				
			家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
Aプラン (居室面積6㎡以上)	0円	162,500円	60,000	5,000	37,500	45,000	15,000
Bプラン (居室面積5～6㎡)	0円	157,500円	55,000	5,000	37,500	45,000	15,000
Cプラン (居室面積5㎡未満)	0円	152,500円	50,000	5,000	37,500	45,000	15,000
		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	A: 2000円 × 30日 B: Aプランより5000円引き C: Aプランより10000円引き					
	管理費	共用の消耗品費 (トイレットペーパー・洗剤・おしぼり等の生活用品)					
	介護費用	生活支援費1250円 × 30日 (人件費として) ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	朝食 500円・昼食 500円・夕食 500円 間食 0円 1日当たり 1,500円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 前日までに申し出て場合のみキャンセル可					
光熱水費	ホームでの全体の電気・ガス・水道代の月額合計約120000円を入居者数 (定員の80%) で分担することとして算出						

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	次月分を当月末日までに現金または指定金融機関の口座へ振込で支払う。
その他留意事項	口座振込でお支払いの場合、振り込み料は利用者負担となります。
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料	一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）
料金改定の手続	
物価変動等を考慮して運営懇談会の意見を聞き利用者の同意を取った上で改定する。	

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	Aプラン		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	0	162,500
※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	公開していない
管理規程	入居希望者に交付	財務諸表の原本	公開していない
事業収支計画書	公開していない	その他開示情報	なし

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

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

介護サービス等の一覧表（参考様式）

区分	（自 立）		（要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）	
	追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料を含む）サービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示）	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料を含むサービスに○	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▲
サービス				
<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				
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				
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				
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を含む)サービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの	その都度徴収するサービス(料金を表示)
サービス			特定施設入居者生活介護のサービスに■前払金又は月額利用料を含むサービスに○	住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
<健康管理サービス>				
定期健康診断				
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>				

施設名：グループライフ楽し家

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
<b>安定的・継続的な居住の確保のための項目</b>		
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	
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	3年毎の更新のため 但し期間満了後双方より意義の無い場合は更新する事ができる。
<b>緊急時の安全確保のための項目</b>		
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	店舗共用共同住宅のため
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 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	平成30年7月末日迄に設置の方向で考えている
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	
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	スプリンクラーの設置無し(275㎡以下のため)
<b>入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目</b>		
8 各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。	○ 適合	4. 92㎡・5. 16㎡・5. 28㎡・5. 40㎡・ 6. 88㎡・7. 84㎡・8. 28㎡・8. 48㎡各1室 7. 56㎡2室
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	
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	
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	
<b>入居者の財産を保全するための項目</b>		
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	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	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	

※ 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。