

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------|---|----------------------|
| 施設名 | 有料老人ホーム はまさんの家 | | |
| 定員・室数 | 12 人 ・ 8 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 | 建物賃貸借方式 | | |
| 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 | 相部屋あり | | |
| 1 事業主体 | | | |
| 名 称 | 法人等の種別 | 営利法人 | |
| | フリカ ^ナ 名 称 | カンパ ^イ デー ^ジ 株式会社 デイジー | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 114-0015 | 東京都北区中里2-13-1 | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-5907-4401 | |
| | ファックス番号 | 03-3705-6227 | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://hamasannoie.com | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 伊藤 高義 |
| 設 立 年 月 日 | 平成18年6月1日 | | |
| 主 な 事 業 等 | 有料老人ホーム、訪問介護事業所運営 | | |
| 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 | 訪問介護事業所はま家 | 東京都世田谷区深沢5-23-11-202 |
| 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 | | |
| 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 | 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 | フリカ`ナ 名称 | ユリヨロのゾンホーム ハマサンノエ 有料老人ホーム はまさんの家 | | | |
| 所在地 | 〒 158-0082 | 東京都世田谷区等々力8-21-1 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5907-4401 | | | |
| | ファックス番号 | 03-3705-6227 | | | |
| ホームページ | http://hamasannoie.com | | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 伊藤 高義 | | |
| 事業開始年月日 | 平成 18 年 6 月 1 日 | | | | |
| 届出年月日 | 平成 28 年 5 月 25 日 | | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 28 年 11 月 7 日 | | | | |
| 事業所へのアクセス | 東急バス（園芸高校前）下車徒歩1分・大井町線（等々力駅）下車 徒歩12分 | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | |
| 敷地 | 権利形態 | — | 抵当権 なし | | |
| | 面積 | 278.98 m ² | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃貸借 | 抵当権 なし | | |
| | 延床面積 | 145.34 m ² うち有料老人ホーム分 137.89 m ² | | | |
| | 竣工日 | 昭和 41 年 7 月 30 日 | | | |
| | 階数 | 地上 1 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 | 準耐火建築物 | 建築物用途区分 | 一般住宅 | |
| 併設施設等 | なし () | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 建物 | 契約期間 | 令和7年5月1日 ~ 令和9年4月30日 | | |
| | | 自動更新 | あり | | |
| 居室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 第1/1階 | 1人 | 3 | 7.4 m ² | ~ 10.7 m ² |
| | 第1/1階 | 2人 | 2 | 10.74 m ² | ~ 13.24 m ² |
| | 第2/1階 | 1人 | 1 | 8.24 m ² | ~ 8.24 m ² |
| | 第2/1階 | 2人 | 2 | 10.74 m ² | ~ 13.24 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 | 一部あり | | (設置各自、料金負担なし) | |

| | | | | |
|----------|---------------------|------------|-------------|---------|
| 共同便所 | 2 箇所 | | (男女共用) | |
| 共同浴室 | 個浴： 2 | 大浴槽： 0 | 機械浴： 0 | |
| | 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 | あり (キッチン、洗面所、脱衣所) | | | |
| 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： 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) | 0 | 1 | 0 | 0 | 1人 | 0.5 | 敷地外兼務あり | |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 看護職員：直接雇用 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 看護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 介護職員：直接雇用 | 0 | 3 | 0 | 2 | 5人 | 3.5 | 訪問介護員兼務 | |
| 介護職員：派遣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0人 | | | |
| 事務員 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2人 | 0.4 | | |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 実務者研修 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 介護職員初任者研修 | 0 | 2 | 0 | 1 | 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 | 1 | 0 | 1 | 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 実務者研修

④ 夜勤・宿直体制

| | |
|----------------|-----------------------|
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | 17 時 0 分～ 8 時 0 分 |
| 上記時間帯の職員配置数 | 介護職員 1 人以上 看護職員 0 人以上 |

| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数） | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 勤続年数 | 職種 | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 1年未満 | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満 | | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満 | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10年以上 | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | | 0 | 0 | 3 | 2 | 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 | 日中の巡回は30分に一度程度、夜間の巡回は1時間に1度 | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 胃ろう（経管栄養）が必要な場合には、特定行為認定職員が対応しますが、認定が完了するまでの期間は訪問看護（医療費にて）をご利用していただく必要があります。 | |
| 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 青い鳥 上田クリニック |
| | 所在地 | 158-0083 東京都世田谷区奥沢7-12-26 |
| | 協力の内容 | 内科、呼吸器内科、皮膚科（定期往診、24時間救急対応） |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 牧野皮膚科 |
| | 所在地 | 東京都世田谷区深沢6-35-2 |
| | 協力の内容 | 皮膚科（訪問診療） |
| 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 | 訪問歯科支援事業所ハピネ |
| | 所在地 | 東京都中野区上鷲宮5-27-22 |
| | 協力の内容 | 歯科（訪問診療） |
| 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 | なし（年 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 | はまさん便り等をメールで連絡 | |
| 自費によるショートステイ事業 | あり | |
| 入居に当たっての留意事項 | | |
| 入居の条件 | 年齢 | 概ね60歳以上、日常生活で介護が必要な方。 |
| | 要介護度 | 自立を除く要介護の方。 |
| | 医療的ケア | 状態により提携医療機関と相談の上、入居可能かご相談の上。 |
| | 認知症 | 徘徊や暴力行為が無い方。要相談。 |
| | その他 | 重大な感染症や他の利用者様への迷惑行為が無いこと。 |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 利用者親族もしくは成年後見人（詳細は入居契約書第31条から第34条までを参照）。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 要相談 |
| | 利用料金 | 1日12000円（室料5,500円食事代3食1,250円介護費5,250円） |
| | その他 | 個人的に使用する物品はお持ち込み又は実費購入となります。 |

| | | | |
|-------------------------------|--|---|----------------|
| 入院時の契約の取扱い | 詳細は入居契約書第1条を参照。 | | |
| 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 | 伊藤 高義 | |
| 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 | <small>入居者ご本人様、あるいは他のご入居の皆様生命、身体を保護するため、緊急やむを得ない場合に限り、当施設では身体的拘束をおこなうことがあります。身体拘束は、①生命身体の危険性が著しく高く、②身体拘束を除いてとるべき方法がなく、③その制限は一時的なものに限定することとします。身体拘束をおこなう場合には、担当ヘルパー、ケアマネージャー、連携事業者の担当者等、施設全体で協議し、施設責任者の最終判断による等、慎重な対応に心がけるとともに、実施後1週間ごとの経過観察、また1か月ごとに解除に向けた検討を随時おこないます。また、身体拘束の様態、時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録し、身体拘束の内容、目的、理由、時間、時間帯、期間等について、ご本人、ご家族に詳細を報告し十分な理解が得られるよう努め、承諾を得た上で行います。</small> | |
| 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 | 入居契約書第27条を参照 | | |
| 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 | 利用者の身体状況により、ご本人とご家族と相談の上。 | | |
| 利用料金の変更 | 無し | | |
| 前払金の調整 | 無し | | |
| 従前居室との仕様の変更 | 移動する居室により。 | | |
| 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 | 有料老人ホームはまさんの家 | | |
| 電話番号 | 03-5907-4401 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月曜日~土曜日) | | |
| 窓口の名称2 | 世田谷区総合支社 保険福祉課 | | |
| 電話番号 | 03-5432-2605 | | |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:00 (月曜日~金曜日) | | |
| 窓口の名称3 | 東京都国民保険団体連合会 | | |
| 電話番号 | 03-6238-0177 | | |
| 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 あいおいニッセイ同和損保 | | |
| 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組 | あり | | |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | あり | 結果の公表 | とうきょう福祉ナビゲーション |
| 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： 83.0 歳 入居者数合計： 6 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 | | | | | | | | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | | | | | | | | |
| 75歳以上85歳未満 | | | | | | | 2 | 1 |
| 85歳以上 | | | | | | | | 2 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 |

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 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 6 |

男女別入居者数 男性： 0 人 女性： 6 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 | 1 |
| 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 | 1 |

6 利用料金

入居準備費用 あり 200,000 円

| | |
|----------|--|
| 明内細訳 | ・入居事前アセスメント費用（2名×3日交通費込）125,000円・入居時ベット点検メンテナンス料10,000円・3モーターベット貸出（契約解除日まで）35,000円・寝具代 20,000円・連絡調整、通信費5,000円・個人用必需品、事務用品及び書類等作製費 5,000円 |
| 支払日・支払方法 | 入居日までに指定口座へお振込みください。 |
| 解約時の返還 | 入居後の返還は致しません。 |

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 | 無し | 128,000円 | 53,000 | 17,500 | 0 | 37,500 | 20,000 |
| Bプラン | 無し | 150,000円 | 53,000 | 17,500 | 22,000 | 37,500 | 20,000 |
| 生活保護受給者プラン個室 | 無し | 125,500円 | 53,000 | 11,500 | 3,500 | 37,500 | 20,000 |
| 生活保護受給者プラン2人部屋 | 無し | 101,540円 | 32,000 | 11,500 | 5,540 | 37,500 | 15,000 |

| | | |
|-----------|---|---|
| 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/Bプラン/生活保護受給者個室プラン53,000円（近傍同種の家賃相場）生活保護受給者二人部屋プラン32,000円 |
| | 管理費 | A/Bプラン/17,500円（共有施設設備の維持管理費、修繕費、共有部分での消耗品費、事務用品費、リネン交換代、生活支援費）生活保護受給者プラン共に11,500円 |
| | 介護費用 | Bプラン22,000円・生活保護受給者個室プラン3500円（入院時の付き添いや洗濯、お見舞い、各種手続き等の代行、散歩、買い物など外出による付き添い・生活保護受給者個室プラン3500円） ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| | 食費 | 朝食 350 円・昼食 350 円・夕食 450 円 間食 100 円 1日当たり 1,250 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） 日割り計算で返金致します。 |
| 光熱水費 | 生活保護受給者2人部屋プラン15,000円その他のプラン20,000円（居室、共有部分に使用） | |

| | |
|-----------------------|--|
| 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 | あり 位置づけ 想定居住期間内に退去した場合、想定居住期間を超えて入居継続した入居者の家賃等に充当 |
| 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 | 25日締め翌月5日までにお支払いください。 |
| その他留意事項 | 無し |

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
月額施設利用料及び有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、また諸種の経済状況の変化などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営座談会の意見を改定する。

【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 |
| 200,000 | 0 | 0 | 128,000 |

※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 | 希望があれば公開 |

添付書類： 介護サービス等の一覧表
東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

年 月 日

署名 _____

説明年月日
年 月 日

説明者職・氏名 _____

職 _____

署名 _____

介護サービス等の一覧表（参考様式）

| 区分 | （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▲ |
| <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 | | | 週2回まで | |
| 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 | | | ○ | |
| 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 | | | | 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 | (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 | | | | 実費 |
| 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 |
| 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) | | | Bプランのみ | ▲ |
| 入退院時の同行(上記以外) | | | Bプランのみ | ▲ |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | | | Bプランのみ | ▲ |
| 入院中の見舞い訪問 | | | ○ | ▲ |
| <その他サービス> | | | | |

施設名：有料老人ホーム はまさんの家

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 |
|--|---------|---------------------------------|
| 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 | |
| 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 | 賃借契約期間令和7年5月1日から令和9年4月30日までの2年間 |
| 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 | 一般住宅 |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | 定員2名の居室は天井よりカーテンで区分 |
| 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 | 7.4㎡×2室、10.74㎡×4室、13.24㎡×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 | 10.74m×4室は定員2名 |
| 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 | |
| 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 | 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。