

有料老人ホーム重要事項説明書

|       |             |   |    |
|-------|-------------|---|----|
| 施設名   | シニアホームハルハウス |   |    |
| 定員・室数 | 9           | 人 | 8室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

|                     |                |
|---------------------|----------------|
| 類 型                 | 住宅型            |
| 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（自立含む）      |
| 介 護 保 険 の 利 用       | 居宅サービス利用可      |
| 居 室 区 分             | 定員１～２人（親族のみ対象） |
| 介 護 に 関 わ る 職 員 体 制 | -              |

1 事業主体

|             |                    |                 |        |       |
|-------------|--------------------|-----------------|--------|-------|
| 名 称         | 法 人 等 の 種 別        |                 | その他の法人 |       |
|             | フリカミナ              | イッパソジャダソホジソカガヤキ |        |       |
|             | 名 称                | 一般社団法人かがやき      |        |       |
| 主たる事務所の所在地  | 〒 156-0055         |                 |        |       |
|             | 東京都世田谷区船橋四丁目21番地3  |                 |        |       |
| 連 絡 先       | 電 話 番 号            | 03-6411-3109    |        |       |
|             | フ ァ ッ ク ス 番 号      | 03-6411-4105    |        |       |
| ホ ー ム ペ ー ジ | なし                 |                 |        |       |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名                | 代表理事            | 氏名     | 吉田 修平 |
| 設 立 年 月 日   | 平成23年12月12日        |                 |        |       |
| 主 な 事 業 等   | 有料老人ホームの経営及び管理運営事業 |                 |        |       |

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                   | なし  |          |     |
| 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＞           |     |          |     |
| 介護予防訪問介護               | なし  |          |     |
| 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  |          |     |
| 介護予防通所介護               | 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  |          |     |

2 事業所概要

|                     |                    |                                                       |                    |                                             |                |  |
|---------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|----------------|--|
| 名 称                 | フリカゝナ              | シニアホームハルハウス                                           |                    |                                             |                |  |
|                     | 名 称                | シニアホームハルハウス                                           |                    |                                             |                |  |
| 所 在 地               | 〒 156-0055         |                                                       | 東京都世田谷区船橋四丁目21番地3号 |                                             |                |  |
|                     |                    |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 連 絡 先               | 電 話 番 号            |                                                       | 03-6411-3109       |                                             |                |  |
|                     | フ ァ ッ ク ス 番 号      |                                                       | 03-6411-4105       |                                             |                |  |
| ホ ー ム ペ ー ジ         | なし                 |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 介 護 保 険 事 業 所 番 号   |                    |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 管 理 者 職 氏 名         | 役職名                | 管理者                                                   | 氏名                 |                                             |                |  |
| 事 業 開 始 年 月 日       | 平 成 24 年 2 月 1 日   |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 届 出 年 月 日           | 平 成 25 年 12 月 19 日 |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 届 出 上 の 開 設 年 月 日   | 平 成 26 年 1 月 29 日  |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 特定施設入居者生活介護         | 新規指定年月日（初回）        |                                                       |                    |                                             |                |  |
|                     | 指定の有効期間 まで         |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護 | 新規指定年月日（初回）        |                                                       |                    |                                             |                |  |
|                     | 指定の有効期間 まで         |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 事 業 所 へ の ア ク セ ス   | 小田急線千歳船橋駅 徒歩15分    |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 施設・設備等の状況           |                    |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 敷 地                 | 権利形態               | －                                                     | 抵当権                | あり                                          |                |  |
|                     | 面 積                | 257.62 m <sup>2</sup>                                 |                    |                                             |                |  |
| 建 物                 | 権利形態               | 賃貸借                                                   | 抵当権                | あり                                          |                |  |
|                     | 延床面積               | 333.3 m <sup>2</sup> うち有料老人ホーム分 264.44 m <sup>2</sup> |                    |                                             |                |  |
|                     | 竣工日                | 昭 和 62 年 4 月 15 日                                     |                    |                                             |                |  |
|                     | 階 数                | 地上 2 階                                                |                    | 地下 1 階                                      |                |  |
|                     |                    | うち有料老人ホーム分 地上 2 階                                     |                    | 地下 - 階                                      |                |  |
|                     | 構造                 | 準耐火建築物                                                |                    | 建築物用途区分                                     | （建築検査済証なし）     |  |
|                     | 併設施設等              | なし （ ）                                                |                    |                                             |                |  |
|                     | 賃 貸 借 契 約 の 概 要    | 建物                                                    | 契約期間               | 2012年1月1日 ～ 2032年12月31日                     |                |  |
| 自動更新                |                    |                                                       | あり                 |                                             |                |  |
| 居 室                 | 階                  | 定員                                                    | 室数                 | 面積                                          |                |  |
|                     | 1階                 | 1人                                                    | 1                  | 8.61 m <sup>2</sup> ～ 8.61 m <sup>2</sup>   |                |  |
|                     | 1階                 | 2人                                                    | 1                  | 13.48 m <sup>2</sup> ～ 13.48 m <sup>2</sup> |                |  |
|                     | 2階                 | 1人                                                    | 6                  | 8.38 m <sup>2</sup> ～ 13.5 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： 2 大浴槽： 0 機械浴： 0                         |                |  |
|                     | 併設施設との共用           |                                                       | なし （ ）             |                                             |                |  |
| 食 堂                 | 兼用                 | あり （ 機能訓練室 ）                                          |                    |                                             |                |  |
|                     | 併設施設との共用           |                                                       | なし （ ）             |                                             |                |  |
| そ の 他 の 共 用 施 設     | あり （ 階段昇降機、洗面 ）    |                                                       |                    |                                             |                |  |
| 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<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                    |          |    |     |                       |     | 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                |          |    |     | 8                     |     | 8人    | 4.0        | 訪問介護事業所職員と兼務 |
| 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<br>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                |          |    |     | 5                     |     |       |            |              |
| 介護支援専門員                  |          |    |     | 1                     |     |       |            |              |
| たん吸引等研修（不特定）             |          |    |     |                       |     |       |            |              |
| たん吸引等研修（特定）              |          |    |     |                       |     |       |            |              |
| 資格なし                     |          |    |     | 1                     |     |       |            |              |
| ③－2 機能訓練指導員の資格           |          |    |     |                       |     |       |            |              |
| 資格                       | 延べ人<br>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              |          |    |     |                       |     |       |            |              |
| ③－3 管理者（施設長）の資格          |          |    |     | 介護職員初任者研修・社会福祉主事      |     |       |            |              |
| ④ 夜勤・宿直体制                |          |    |     |                       |     |       |            |              |
| 配置職員数が最も少ない時間帯           |          |    |     | 19 時 0 分～ 翌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 0 人以上 |     |       |            |              |

| ⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等            |          |      |     |      |     |       |            |         |     |         |     |
|----------------------------------|----------|------|-----|------|-----|-------|------------|---------|-----|---------|-----|
| 職種                               | 実人数      | 常勤   |     | 非常勤  |     | 合計    | 常勤換算<br>人数 | 兼務状況    |     |         |     |
|                                  |          | 専従   | 非専従 | 専従   | 非専従 |       |            |         |     |         |     |
| 生活相談員                            |          |      |     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |
| 看護職員                             |          |      |     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |
| 介護職員                             |          |      |     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |
| 機能訓練指導員                          |          |      |     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |
| 計画作成担当者                          |          |      |     |      |     | 0人    |            |         |     |         |     |
| ⑤－１ 介護職員の資格                      |          |      |     |      |     |       |            |         |     |         |     |
| 資格                               | 延べ人<br>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                             |          |      |     |      |     |       |            |         |     |         |     |
| ⑤－２ 機能訓練指導員の資格                   |          |      |     |      |     |       |            |         |     |         |     |
| 資格                               | 延べ人<br>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                      |          |      |     |      |     |       |            |         |     |         |     |
| ⑤－３ 看護職員及び介護職員１人当たり（常勤換算）の利用者数 人 |          |      |     |      |     |       |            |         |     |         |     |
| 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<br>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                         |          |      |     | 1    |     |       |            |         |     |         |     |
| 3年以上5年未満                         |          |      |     | 1    |     |       |            |         |     |         |     |
| 5年以上10年未満                        |          |      |     | 5    |     |       |            |         |     |         |     |
| 10年以上                            |          |      |     | 1    |     |       |            |         |     |         |     |
| 合計                               |          | 0    | 0   | 8    | 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                    |                             | なし                                                           |   |    |       |
| 入浴介助サービス                    |                             | なし                                                           |   |    |       |
| 排せつ介助サービス                   |                             | なし                                                           |   |    |       |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス       |                             | 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                 | 食事の際のお声かけ、および日中・夜間の巡回（1回以上） |                                                              |   |    |       |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容            | 訪問診療や訪問看護と連携を取りながらご対応いたします。 |                                                              |   |    |       |
| 医療機関との連携・協力                 |                             |                                                              |   |    |       |
| 協力医療機関(1)                   | 名称                          | 医療法人社団奉心会 ひまわりクリニック                                          |   |    |       |
|                             | 所在地                         | 東京都世田谷区砧6-4-9                                                |   |    |       |
|                             | 協力の内容                       | 訪問診療による入居者の健康管理全般。緊急時の対応等。<br>医療費は利用者負担。内科。ホームまで2.4km（車で10分） |   |    |       |
| 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                          |                                                              |   |    |       |
|                             | 所在地                         |                                                              |   |    |       |
|                             | 協力の内容                       |                                                              |   |    |       |
| 介護保険加算サービス等                 |                             |                                                              |   |    |       |
| 個別機能訓練加算                    |                             |                                                              |   |    |       |
| 夜間看護体制加算                    |                             |                                                              |   |    |       |
| 看取り介護加算                     |                             |                                                              |   |    |       |
| 医療機関連携加算                    |                             |                                                              |   |    |       |
| 認知症専門ケア加算                   |                             |                                                              |   |    |       |
| サービス提供体制強化加算                |                             |                                                              |   |    |       |
| 介護職員処遇改善加算                  |                             |                                                              |   |    |       |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施           |                             |                                                              |   |    |       |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の算定          |                             |                                                              |   |    |       |
| 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              |                             | なし                                                           |   |    |       |



|                               |                                                                                                                                                                                              |                                                      |    |       |  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----|-------|--|
| 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                                                                                                                                                                                         | 自立、要支援、要介護の方                                         |    |       |  |
|                               | 医療的ケア                                                                                                                                                                                        | 医師と相談の上お受けいたします。                                     |    |       |  |
|                               | 認知症                                                                                                                                                                                          | 医師と相談の上お受けいたします。                                     |    |       |  |
|                               | その他                                                                                                                                                                                          | 医師と相談の上お受けいたします。                                     |    |       |  |
| 身元引受人等の条件、義務等                 | 入居契約書に基づく入居者の責務を連携して履行する義務を負う。<br>は入居契約書第34条をご参照ください。詳細                                                                                                                                      |                                                      |    |       |  |
| 体験入居                          | 利用期間                                                                                                                                                                                         | 30泊31日まで                                             |    |       |  |
|                               | 利用料金                                                                                                                                                                                         | 1泊12,960円                                            |    |       |  |
|                               | その他                                                                                                                                                                                          | 料金には管理費・食費・水光熱費・介護費用が含まれます。                          |    |       |  |
| 入院時の契約の取扱い                    | 入院による不在期間が1ヶ月を超えた場合には、今後の契約継続についてご相談させていただきます。                                                                                                                                               |                                                      |    |       |  |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続             | ①「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たす状態であるかどうかについて検討・確認・記録いたします。②利用者・家族等に対して説明を行い十分な理解が得られるよう努めます。③緊急やむを得ず利用者の行動を制限する場合には、その態様及び時間、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ます。また、拘束解除に向けた取り組みを行い、早期に解除できるよう努めます。 |                                                      |    |       |  |
| 事業者からの契約解除                    | 入居契約書に定める「事業者からの契約解除」の事由に該当した場合には、本契約は終了するものとします。また、利用者が死亡したときには、本契約は自動的に終了します。                                                                                                              |                                                      |    |       |  |
| 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                                                                                                                                                                                      | 入居者の健康状態、心身状況により必要と判断した場合、入居者及び身元引受人に説明し、書面にて同意を得ます。 |    |       |  |
|                               | 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                                                                                                                                                                                  | 広さや設備は変更の可能性があります。事前に説明いたします。                        |    |       |  |
| 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                       |                                                                                                                                                                                              | シニアホームハルハウス 管理者                                      |    |       |  |
|                               | 電話番号                                                                                                                                                                                         | 03-6411-3109                                         |    |       |  |
|                               | 対応時間                                                                                                                                                                                         | 9:30 ～ 17:00 ( 平日 )                                  |    |       |  |
| 窓口の名称 2                       |                                                                                                                                                                                              | 東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課                                 |    |       |  |
|                               | 電話番号                                                                                                                                                                                         | 03-5320-4537                                         |    |       |  |
|                               | 対応時間                                                                                                                                                                                         | 9:00 ～ 17:00 ( 平日 )                                  |    |       |  |
| 窓口の名称 3                       |                                                                                                                                                                                              | 世田谷区 高齢福祉部 高齢福祉課                                     |    |       |  |
|                               | 電話番号                                                                                                                                                                                         | 03-5432-2397                                         |    |       |  |
|                               | 対応時間                                                                                                                                                                                         | 9:00 ～ 17:00 ( 平日 )                                  |    |       |  |
| 賠償責任保険の加入                     |                                                                                                                                                                                              | あり 保険の名称： あいおいニッセイ同和損保 介護保険・社会福祉事業者総合保険              |    |       |  |
| 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 |  |
| 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：89.6 歳 |       | 入居者数合計：8 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 |    |             |       |            |       |       |       | 2     |
| 7 5 歳以上 8 5 歳未満 |    |             |       |            |       |       | 1     |       |
| 8 5 歳以上         |    |             |       |            |       | 1     |       | 4     |
| 合計              | 0  | 0           | 0     | 0          | 0     | 1     | 1     | 6     |

|             |      |              |              |               |                |       |    |
|-------------|------|--------------|--------------|---------------|----------------|-------|----|
| 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        | 0    | 1            | 4            | 3             |                |       | 8  |

|         |        |        |
|---------|--------|--------|
| 男女別入居者数 | 男性：4 人 | 女性：4 人 |
|---------|--------|--------|

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 88.89% % （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                |    |        |    |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居 |    |        |    |
| 介護老人保健施設へ転居            | 1  |        |    |
| 介護療養型医療施設へ転居           |    |        |    |
| 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      |      | なし                                                                                                                                                                                                      |  |                                  |  |         |        | 円      |        |        |
| 明細          |      |                                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
| 支払日・支払方法    |      |                                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
| 解約時の返還      |      |                                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
| 敷金          |      | あり                                                                                                                                                                                                      |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
| 金額          |      | 原則家賃1ヶ月分                                                                                                                                                                                                |  | 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   |
| 通常プラン       |      | 0円                                                                                                                                                                                                      |  | 218,000円                         |  | 110,000 | 10,800 | 32,400 | 43,200 | 21,600 |
| 夫婦部屋プラン     |      | 0円                                                                                                                                                                                                      |  | 366,000円                         |  | 150,000 | 21,600 | 64,800 | 86,400 | 43,200 |
|             |      |                                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
|             |      |                                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
| 各料金の内訳・明細   | 前払金  | 前払金なし                                                                                                                                                                                                   |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
|             |      |                                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
|             |      |                                                                                                                                                                                                         |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
|             | 家賃   | 近隣同種の家賃相当額と比較し、又、入居一時金等の設定をしないことを考慮して設定しております。                                                                                                                                                          |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
|             | 管理費  | 施設の維持・管理費、共用部の消耗品費、事務費等。                                                                                                                                                                                |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
|             | 介護費用 | 介護保険の給付対象外の生活支援費用として。                                                                                                                                                                                   |  |                                  |  |         |        |        |        |        |
|             | 食費   | 朝食 360 円・昼食 540 円・夕食 540 円 間食 0 円<br>1日当たり 1,440 円 × 30日で積算<br><br>(食事をキャンセルする場合の取扱いについて)<br>原則として欠食による返金はしないものとします。ただし、以下の場合は食費免除とします。<br>・入院その他により10日以上欠食が続いた場合、11日目から退院まで<br>・嚥下障害等により経口摂取ができなくなった場合 |  |                                  |  |         |        |        |        |        |



|  |  |      |                        |
|--|--|------|------------------------|
|  |  | 光熱水費 | 使用量にかかわらず、一律で設定しております。 |
|--|--|------|------------------------|

|                                                   |                                                                   |                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 前払金の取扱い                                           |                                                                   |                         |
| 支払日・支払方法                                          | 前払金なし                                                             |                         |
| 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：                                                               | 起算日：                    |
|                                                   |                                                                   |                         |
| 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                                          | 毎月末日までに、指定銀行口座へ翌月分をお振込みいただきます。                                    |                         |
| その他留意事項                                           | 月の途中からご入居される場合、月額利用料を当月の日数で割った金額に、ご入居日から末日までの日数を乗じた金額をお支払いいただきます。 |                         |
| 介護保険サービスの自己負担額 ※要介護度に応じて利用料の1割(一定以上所得の場合2割)を負担する。 |                                                                   |                         |
|                                                   |                                                                   |                         |
| 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                                           |                                                                   |                         |
| 消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改訂するものとします。       |                                                                   |                         |

【料金プランの一例】

| プランの名称                                          | 通常プラン |     |         |
|-------------------------------------------------|-------|-----|---------|
| 単位：円                                            |       |     |         |
| 入居準備費用                                          | 敷金    | 前払金 | 月額利用料   |
| 0                                               |       | 0   | 218,000 |
| ※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

|                                                                |                   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| 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。<br><br>年 月 日<br><br>署名 印 | 説明年月日<br>令和 年 月 日 |
|                                                                | 説明者職・氏名           |
|                                                                | 職 管理者             |
|                                                                | 氏名 印              |

介護サービス等の一覧表（参考様式）

| 区分<br><br>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<br>（前払金又は月額利用料に含む） | その都度徴収するサービス | 追加料金が発生しないもの   | その都度徴収するサービスの<br>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           |                               | 30分につき1,620円 |                | ▲                                                      |
| 排泄介助           |                               | 30分につき1,620円 |                | ▲                                                      |
| おむつ交換          |                               | 30分につき1,620円 |                | ▲                                                      |
| おむつ代           |                               | 実費           |                | 実費                                                     |
| 入浴（一般浴）介助      |                               | 30分につき1,620円 |                | ▲                                                      |
| 清拭             |                               | 30分につき1,620円 |                | ▲                                                      |
| 特浴介助           |                               | 30分につき1,620円 |                | ▲                                                      |
| 身辺介助           |                               |              |                |                                                        |
| ・体位交換          |                               | 30分につき1,620円 | ○              |                                                        |
| ・居室からの移動       |                               | 30分につき1,620円 | ○              |                                                        |
| ・衣類の着脱         |                               | 30分につき1,620円 | ○              |                                                        |
| ・身だしなみ介助       |                               | 30分につき1,620円 | ○              |                                                        |
| 機能訓練           |                               | 実費           |                | 実費                                                     |
| 通院介助（協力医療機関）   |                               | 30分につき1,620円 |                | 30分につき1,620円                                           |
| 通院介助（上記以外）     |                               | 30分につき1,620円 |                | 30分につき1,620円                                           |
| 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      |                               | 実費           |                | 実費                                                     |
| おやつ            | ○                             |              | ○              |                                                        |
| 理美容            |                               | 実費           |                | 実費                                                     |
| 買物代行（通常の利用区域）  | ○（半径1km以内・月1回）                |              | ○（半径1km以内・月1回） |                                                        |
| 買物代行（上記以外の区域）  |                               | 30分につき1,620円 |                | 30分につき1,620円                                           |
| 役所手続き代行        |                               | 30分につき1,620円 |                | 30分につき1,620円                                           |
| 金銭管理サービス       |                               | —            | —              | —                                                      |

|                  |   |              |   |              |
|------------------|---|--------------|---|--------------|
| <健康管理サービス>       |   |              |   |              |
| 定期健康診断           |   | 実費           |   | 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          |   | ▲            |   | ▲            |
| 医師の往診            |   | ▲            |   | ▲            |
| <入退院時、入院中のサービス>  |   |              |   |              |
| 移送サービス           |   | 30分につき1,620円 |   | 30分につき1,620円 |
| 入退院時の同行(協力医療機関)  |   | 30分につき1,620円 |   | 30分につき1,620円 |
| 入退院時の同行(上記以外)    |   | 30分につき1,620円 |   | 30分につき1,620円 |
| 入院中の洗濯物交換・買物     |   | 30分につき1,620円 |   | 30分につき1,620円 |
| 入院中の見舞い訪問        |   | 30分につき1,620円 |   | 30分につき1,620円 |
| <その他サービス>        |   |              |   |              |
| 個別対応サービス         |   | 30分につき1,620円 |   | 30分につき1,620円 |

この様式は参考様式です。施設ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

- 注1) 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- 注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームのサービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えないものであること。
- 注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。
- 注4) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。