

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

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
サ 付 登 録 の 有 無	有
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）

1 事業主体

名 称	法人等の種別		その他の法人	
	フリカ`ナ	イッパ`ンシャ`ダ`ンホク`ジンカ`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	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	http:// 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		
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			
＜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	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	http:// なし			
管理者職氏名	役職名	施設長	氏名	川村 真紀
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			
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 ²		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	あり	
	延床面積	333.3 m ² うち有料老人ホーム分 264.4 m ²			
	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	耐火建築物	建築物用途区分	建築検査決証なし	
併設施設等	なし ()				
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	平成24年1月1日 ~ 令和14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 ²	~ 8.61 m ²
	1階	2人	1	13.48 m ²	~ 13.48 m ²
	2階	1人	6	8.38 m ²	~ 13.5 m ²
				m ²	~ m ²
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
				m ²	~ m ²
便 所	居室	設置なし	共同便所	2 (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	常勤換算人数	兼務状況 等
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者（施設長）						0人		
生活相談員								
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				7	1	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 人数	常勤		非常勤											
		専従	非専従	専従	非専従										
介護福祉士				2	1										
実務者研修															
介護職員初任者研修				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															
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				ヘルパー2級											
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～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									
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					5										
3年以上5年未満					1										
5年以上10年未満															
10年以上															
合計		0	0	0	7	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、およびに日中・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	訪問診察や訪問看護と連帯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	訪問診察による入居者の健康管理全般。緊急時の対応等。医療費は利用者負担。内科、ホームまで2, 4キロ（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	
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	入居契約書に元づく入居者の責務を連帯して履行する義務を負う。居契約書34条をご参照ください	
体験入居		30泊31日まで
	利用料金	1泊12,960円
	その他	料金に管理費・食費・水高熱費・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か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】【一時性】の三つ要件を満たす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・家族等にたいし説明を行い十分な理解が得られる勤めます。③緊急やもを得なかった理由記憶します。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に努めます	
事業者からの契約解除	入居契約書に定めめる「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。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	広さ設備は、変更の可能性があります。事前説明いたします。		
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 施設長 川村真紀		
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	03-5432-2947		
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		結果の公表	

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：	7 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
75歳以上85歳未満						1		1
85歳以上								4
合計	0	0	0	0	0	1	0	6
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	6				7	
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。）				78 % （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	1
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	2
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	3

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	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1	0円	218,000円	110,000	10,800	32,400	43,200	21,600
通常プラン2	0円	124,848円	53,700	1,924	27,800	40,000	1,424
夫婦部屋プラン	0円	365,800円	150,000	21,600	64,800	86,400	43,000
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	近隣同種の家賃相当と比較し、また、入居一時金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・共同部の消耗品費・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、 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	朝食 334 円・昼食 500 円・夕食 500 円 間食 0 円 1日当たり 1,304 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） 原則として欠食による返金しないものとします。ただし、以下の場合、食費免除とします。					
光熱水費	使用量にかかわらず、一律を設定しております。						

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：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	プラン2は、部屋の日当たりが悪い為
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振り込みいただきます
その他留意事項	月の途中からご入居される場合、月額使用料を当月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。
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、運営懇親会の意見を聴いた上で改正するものとします。 上	

【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	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	110,000	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。

_____年 月 日

署名 _____ 印 _____

説明年月日
_____年 月 日

説明者職・氏名

職

氏名 _____ 印 _____

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▲
<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		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				

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		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				
<その他サービス>		30分につき1,620円		30分につき1,620円

施設名：シニアホームハルハウス

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 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/>	
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>	
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 <input type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>	

※ 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。