

有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	ゆりかもめ
定員・室数	10人・2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	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
介護に関わる職員体制	-

1 事業主体（主設置者）

名 称	法人等の種別		営利法人	
	フリカ`ナ 名 称	カ`シカ`イヤ マシ 株式会社マキシ		
主たる事務所の所在地		〒 140-0014	東京都品川区大井3丁目23番12号	
連 絡 先	電 話 番 号	03-3775-0511		
	ファックス番号	03-3775-0512		
ホームページ		なし		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	長谷川 義洋
設 立 年 月 日	平成21年5月1日			
主 な 事 業 等		老人ホームの運営		

1 事業主体（協同設置者）

名 称	法人等の種別		営利法人	
	フリカ`ナ 名 称	カ`シカ`イヤ トウコ 株式会社 東興		
主たる事務所の所在地		〒 140-0014	東京都品川区大井4丁目1番3号	
連 絡 先	電 話 番 号	03-3775-0513		
	ファックス番号	03-3775-0535		
ホームページ		なし		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	長谷川 美名子
設 立 年 月 日	平成26年12月2日			
主 な 事 業 等		老人ホームの運営・訪問介護		

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	トーコーヘルパーステーション	品川区大井5-14-8-102
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		

建 物	権利形態	所有	抵当権	あり	
	延床面積	1614.639 m ²	うち有料老人ホーム分	65.7 m ²	
	竣工日	昭和44年3月1日			
	階 数	地上 6 階 地下 2 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 6 階 地下 0 階			
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	店舗・共同住宅	
	併設施設等	なし ()			
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	令和2年9月1日 ~ 令和4年8月31日		
		自動更新	なし		
居 室	階	定員	室数	面積	
	6階	6人	1	30.5 m ² ~ 30.5 m ²	
	6階	4人	1	8.1 m ² ~ 8.4 m ²	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
				m ² ~ m ²	
便 所	居室	一部設置	共同便所	2 箇所 (男女共用)	
	浴室	一部設置	共同浴室	個浴：1 大浴槽：0 機械浴：0	
浴 室	併設施設との共用		なし ()		
	兼用		なし ()		
食 堂	併設施設との共用		なし ()		
	なし ()				
その他の共用施設	なし ()				
エレベーター	あり 1 基				
消 防 設 備	自動火災報知設備：あり		火災通報装置：あり	スプリンクラー：あり	
緊 急 呼 出 装 置	居室：あり	便所：あり	浴室：あり	脱衣室：あり	

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態								
① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態								
職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数	兼務状況等
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者（施設長）	0	1	0	0	1人	0.8	兼務者1名	
生活相談員	0	0	0	0	0人	0.0		
看護職員：直接雇用	0	1	0	5	6人	1.5	兼務者6名	
看護職員：派遣	0	0	0	0	0人			
介護職員：直接雇用	0	3	0	4	7人	2.8	兼務者3名	
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	0.0		
計画作成担当者	0	0	0	0	0人	0.0		
栄養士	0	0	0	0	0人	0.0		
調理員	0	0	0	0	0人	0.0		
事務員	0	0	0	0	0人	0.0		
その他従業者	0	0	0	0	0人	0.0		
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	3	0	8
実務者研修		0	0	0	0
介護職員初任者研修		0	1	0	1
介護支援専門員		0	0	0	0
たん吸引等研修（不特定）		0	0	0	0
たん吸引等研修（特定）		0	0	0	0
資格なし		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
作業療法士		0	0	0	0
言語聴覚士		0	0	0	0
看護師又は准看護師		0	0	0	0
柔道整復師		0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師		0	0	0	0

③-3 管理者（施設長）の資格		准看護師	
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～ 9 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 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	1	0	0	0	0		0					
1年以上3年未満		1	5	2	2	0	0	0		0					
3年以上5年未満		0	0	0	2	0	0	0		0					
5年以上10年未満															
10年以上															
合計		1	5	3	4	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（配食サービス）	
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	日中0.5時間ごとに巡回、夜間2時間ごとに巡回	
施設で対応できる医療的ケアの内容	在宅酸素・ストマー・尿道バルーン	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	芝浦ホームクリニック
	所在地	東京都港区芝浦4丁目9-18-613
	協力の内容	内科外科など。往診委の派遣・日常の健康相談。ただし、医療費その他費用は入居者の自己負担
協力医療機関(2)	名称	ファミリークリニック品川
	所在地	東京都品川区大井1-55-6 牧ビル201号室
	協力の内容	内科外科など。往診委の派遣・日常の健康相談。ただし、医療費その他費用は入居者の自己負担
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		あり
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	特になし
	要介護度	特になし
	医療的ケア	特になし
	認知症	特になし
	その他	少人数による共同生活を営むことに支障のない方
身元引受人等の条件、義務等	なし	
体験入居	利用期間	1泊1回のみ
	利用料金	6600円
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	退去しない場合、家賃は発生する。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	なし	
事業者からの契約解除	<small>正当な理由なく利用料その他の自己の支払うべき費用を3ヶ月滞納したとき。伝染性疾患等により他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき。利用者の行動が他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと事業者が判断したとき。利用者又は利用者代理人が故意に法令その他本契約の各項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき</small>	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
一時介護室への移動	なし	
判断基準・手続		
利用料金の変更		
前払金の調整		
従前居室との仕様の変更		

その他の居室への移動	なし		
判断基準・手続			
利用料金の変更			
前払金の調整			
従前居室との仕様の 変更			
提携ホーム等への転居	なし		
判断基準・手続			
利用料金の変更			
前払金の調整			
従前居室との仕様の 変更			
苦情対応窓口			
窓口の名称1	お客様相談室		
電話番号	03-3775-0513		
対応時間	9:00 ~ 20:00 (月・火・水・木・金・土・日)		
窓口の名称2	東京都国保連合会苦情相談窓口		
電話番号	03-6238-0177		
対応時間	9:00 ~ 17:00 (土・日・祝・除く)		
窓口の名称3	品川区福祉部高齢者福祉課支援調整係		
電話番号	03-5742-6728		
対応時間	8:30 ~ 17:00 (土・日・祝・除く)		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称：全管共済会「入居者総合安心保険」		
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等			
アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組	なし		
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢：	81.8 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	0	0	0	0	0	1	0	0
65歳以上75歳未満	0	0	0	0	0	0	0	0
75歳以上85歳未満	0	0	0	0	0	1	2	0
85歳以上	0	0	0	0	0	0	2	1
合計	0	0	0	0	0	2	4	1
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	2	3	2	0	0	0	7	
男女別入居者数	男性： 4 人		女性： 3 人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	70 %（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	0	その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	0
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居	3	医療機関への入院	3
介護老人保健施設へ転居	0	死亡	1
介護療養型医療施設へ転居	0	その他	0
他の有料老人ホームへ転居	0	退去者数合計	7

6 利用料金

入居準備費用	あり	50,000円					
明内細訳	入居準備費用(事務手数料50,000円)						
支払日・支払方法	契約日に現金払い						
解約時の返還	無し						
敷金	なし						
金額	0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
介護3以上	0円	103,760円	50,000	5,500	5,500	37,260	5,500
介護2	0円	154,420円	50,000	5,500	56,160	37,260	5,500
介護1	0円	173,860円	50,000	5,500	75,600	37,260	5,500
その他	0円	260,260円	50,000	5,500	162,000	37,260	5,500
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	1ヶ月あたりの家賃50,000円					
	管理費	日用使用品の分担金5,500円					
	介護費用	夜間見守り費用 ※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 350円 間食 100円 1日当たり 1,150円 × 30日で積算 厨房管理運営費 0円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 1ヶ月前に職員へ連絡					
	光熱水費	1ヶ月あたりの電気・ガス・水道料金の分担金5,500円					

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	翌月末・銀行振込	
その他留意事項	なし	
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	無料	
料金改定の手続		
個々の入居者に説明すること		

【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	介護3以上		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
50,000	0	0	103,760
※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。			

7 入居希望者等への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に交付	財務諸表の要旨	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に公開	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	特になし

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	○0.5時間ごとに巡回		○0.5時間ごとに巡回	
巡回 夜間	○2時間ごとに巡回		○2時間ごとに巡回	
食事介助			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
排泄介助			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
おむつ交換			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
おむつ代		実費		実費
入浴（一般浴）介助			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
清拭			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
特浴介助				
身辺介助				
・体位交換			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
・居室からの移動			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
・衣類の着脱			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
・身だしなみ介助			○ケアプラン外に介助が必要な場合随時	▲訪問介護利用
機能訓練				
通院介助 （協力医療機関）	随時	実費	基本ご家族対応	必要に応じて実費
通院介助 （上記以外）	随時	実費	基本ご家族対応	必要に応じて実費
緊急時対応			○	
オンコール対応			○	
<生活サービス>				
居室清掃	週7回		週7回○	
リネン交換	週1回		週1回	
日常の洗濯	週7回		週7回○	日150円（リネン交換含）
居室配膳・下膳	随時		○	
嗜好に応じた特別食				
おやつ	1日1回		1日1回○	
理美容				
買物代行（通常の利用区域）	随時		随時	
買物代行（上記以外の区域）	随時		随時	
役所手続き代行	随時		随時	
金銭管理サービス				

区分 サービス	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○	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▲
<健康管理サービス>				
定期健康診断	年2回	医療保険制度で支給される以外の費用は利用者負担	年2回	医療保険制度で支給される以外の費用は利用者負担
健康相談	月2回	医療保険制度で支給される以外の費用は利用者負担	月2回	医療保険制度で支給される以外の費用は利用者負担
生活指導・栄養指導	随時		随時	
服薬支援	服薬時		服薬時	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	随時		随時	
医師の訪問診療	随時		随時	
医師の往診	随時	医療保険制度で支給される以外の費用は利用者負担	随時	医療保険制度で支給される以外の費用は利用者負担
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	区内・及び近郊の病院への移送		区内・及び近郊の病院への移送	
入退院時の同行(協力医療機関)	随時		随時	
入退院時の同行(上記以外)	随時		随時	
入院中の洗濯物交換・買物				
入院中に見舞い訪問	随時		随時	
<その他サービス>	レクリエーション週1回		レクリエーション週1回	

施設名：ゆりかもめ

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"/>	根抵当権設定あり
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"/>	契約期間は2年
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"/>	共同住宅
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	適合 <input checked="" 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。	適合 <input checked="" 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。	適合 <input checked="" 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。	適合 <input checked="" 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。	適合 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/>	相部屋はパーティションにより区分
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 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/>	条件に満たない
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 <input type="radio"/> 不適合 <input checked="" type="radio"/>	相部屋あり
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 <input checked="" 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。	適合 <input checked="" 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。