

## 有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	住宅型有料老人ホーム かもめホーム
定員・室数	5 人 ・ 4 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	定員1～2人（親族のみ対象）

## 1 事業主体

名 称	法人等の種別	営利法人		
	フリカダナ 名 称	カブシキガイシャグッドライフ 株式会社GOOD LIFE		
主たる事務所の所在地	〒 143-0016	東京都大田区大森北6丁目3番7号メゾン平和201		
連 絡 先	電 話 番 号	03-5767-9229		
	ファックス番号	03-5767-9228		
ホームページ	なし			
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	中野 あゆみ
設 立 年 月 日	平成16年2月17日			
主 な 事 業 等	訪問介護・介護タクシー・住宅型有料老人ホームの運営			

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	GOOD LIFE	大田区大森北6丁目3番7号メゾン平和201
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	1	GOOD LIFE	大田区大森北6丁目32番7号メゾン平和201
＜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	フリカゝナ 名 称	かもめホーム かもめホーム		
所 在 地	〒 143-0015	東京都大田区大森西5-12-15		
連 絡 先	電 話 番 号	03-5767-9229		
	フ ァ ッ ク ス 番 号	03-5767-9228		
ホ ー ム ペ ー ジ	http//			
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名	横山 春美
事 業 開 始 年 月 日	令和3年1月1日			
届 出 年 月 日	令和2年12月8日			
届 出 上 の 開 設 年 月 日	令和3年1月1日			
事 業 所 へ の ア ク セ ス	京急大森町駅から徒歩1分			
施設・設備等の状況				
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし
	面 積	70 m <sup>2</sup>		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	124.06 m <sup>2</sup>	うち有料老人ホーム分	124.06 m <sup>2</sup>	
	竣工日	平成 14 年 2 月 6 日			
	階 数	地上 2 階		地下 0 階	
		うち有料老人ホーム分 地上 2 階		地下 0 階	
	構造	その他	建築物用途区分	専用住宅	
併設施設等	なし ( )				
賃貸借契約の概要		建物	契約期間	2020年8月25日 ~ 2022年8月24日	
			自動更新	なし 入居者との契約期間は上記範囲内とする	
居 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	1	9.72 m <sup>2</sup> ~ 9.72 m <sup>2</sup>	
	2階	1人	1	9.72 m <sup>2</sup> ~ 9.72 m <sup>2</sup>	
	2階	2人	1	13.7 m <sup>2</sup> ~ 13.7 m <sup>2</sup>	
	2階	1人	1	10.5 m <sup>2</sup> ~ 10.5 m <sup>2</sup>	
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
				m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>	
				m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>	
便 所	居室	設置なし	共同便所	2 箇所 ( 男女共用 )	
浴 室	居室	設置なし	共同浴室	個浴：1 大浴槽：0 機械浴：0	
	併設施設との共用		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	なし ( )				
エレベーター	なし 基				
消 防 設 備	自動火災報知設備：あり		火災通報装置：あり	スプリンクラー：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）			0.5			1人	0.5	生活相談員と兼務
生活相談員			0.5			1人	0.5	施設長と兼務
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						0人		
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	0																
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																	
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																
作業療法士																	
言語聴覚士																	
看護師又は准看護師																	
柔道整復師																	
あん摩マッサージ指圧師																	
はり師又はきゅう師																	
③-3 管理者(施設長)の資格						介護福祉士											
④ 夜勤・宿直体制																	
配置職員数が最も少ない時間帯						18時0分～9時0分											
上記時間帯の職員配置数						介護職員 0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						0.5											
1年以上3年未満																	
3年以上5年未満																	
5年以上10年未満																	
10年以上																	
合計		0	0	0	0	0.5	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	なし
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	朝と夕に巡回を行い安否確認を行う。
施設で対応できる医療的ケアの内容	医療的ケアに該当するものは訪問看護サービスによる対応を行う。
医療機関との連携・協力	
	名称 こだまクリニック
	所在地 東京都品川区荏原1-14-1シェヌー桐ヶ谷1F
協力医療機関(1)	

	協力の内容	(診療科目) 内科・神経内科・精神科 (協力内容) 入居者に対する診療及び施設職員に対する指導・助言
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	バンブー歯科クリニック
	所在地	東京都大田区東矢口2-14-2 1F
	協力の内容	(診療科目) 歯科 (協力内容) 入居者に対する診療及び施設職員に対する指導・助言
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		手紙などでの通知
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	概ね65歳以上
	要介護度	要支援・要介護1～要介護5
	医療的ケア	入居予定者の状態を確認させていただいた上で判断いたします。
	認知症	可
	その他	共同生活を円滑に過ごせる方
身元引受人等の条件、義務等	(身元引受人の条件) 三親等内の親族、後見人、保佐人、補助人に限る。 (身元引受人の義務) 身元引受人は、入居契約から生ずる一切の費用の支払いについて、金100万円を上限として入居者と連帯して責任を負う。また、入居者の死亡、退去時に身元を引き受けるものとする。また、利用者の残置物などの所有物件の受取人となる。	
体験入居	利用期間	なし
	利用料金	なし
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	なし	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	サービスの提供に当たっては、入居者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動の制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、あらかじめ非代替性、一時性、切迫性の3つの要件について、それぞれ検討のうえ、その経過及び結果を記録すると共に、利用者本人や家族に対して、①身体拘束の内容②目的③理由④拘束の時間⑤時間帯⑥期間、などをできる限り詳細に説明し、十分な理解を得よう努めます。実施に当たっては、身体拘束に関する態様及び時間、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、利用者本人、身元引受人及び監督官庁の求めにより閲覧に応じます。また、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに身体拘束を解除することとします。	
事業者からの契約解除	(事業者からの契約解除) ※入居契約書第15条より 1 事業者は入居者が各号の1つに該当するときは催告せずこの契約を解除することができる。 (1) 入居申込書に虚偽のことがらを記載し、その他不正な手段により入居したとき。 (2) 入居者が、管理費用等の事業者を支払うべき費用のいずれかを2ヶ月以上滞納したとき。 (3) 経費の支払いをしばしば延期され、且つ、その遅延がこの契約における事業者、入居者間の信頼関係を著しく害するものと事業者が認めるとき。 (4) 第11条(使用上の注意)、第12条(用途の制限)、第13条(転貸、譲渡等の禁止)、第14条(持ち込み品の制限)の規定の1つに違反したとき。 (5) 長期の不在により入居者に施設を利用される意思がないと事業者が認めるとき。 (6) 利用者が身体的および精神的に共同生活に耐えられないと管理者が判断したとき。 2 利用者は前項の規定により、事業者がこの契約の解除を通告したときは、直ちに居室を明け渡さなければならない。	
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	身体状況に応じて利用者の同意を得て判断		
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	なし		
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	住宅型有料老人ホーム かもめホーム		
電話番号	03-3765-3777		
対応時間	9:00 ~ 18:00 ( 月曜日~金曜日 )		
窓口の名称2	株式会社 GOOD LIFE		
電話番号	03-5767-9229		
対応時間	9:00 ~ 18:00 ( 月曜日~金曜日 )		
窓口の名称3	大田区介護保険課		
電話番号	03-5744-1258		
対応時間	9:00 ~ 17:00 ( 月曜日~金曜日 )		
賠償責任保険の加入	なし 保険の名称:		
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	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

## 5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢:		歳	入居者数合計:		0 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									
75歳以上85歳未満									
85歳以上									
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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							0		
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。)				0 %			(定員に対する入居者数)		

直近1年間に退去した者の人数と理由			
理由	人数	理由	人数
自宅・家族同居		その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居		医療機関への入院	
介護老人保健施設へ転居		死亡	
介護療養型医療施設へ転居		その他	
他の有料老人ホームへ転居		退去者数合計	0

## 6 利用料金

入居準備費用	なし					円
明内細訳						
支払日・支払方法						
解約時の返還						
敷金	あり					
金額	300,000 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
プランⅠ		162,000円	75,000	25,000		42,000 20,000
プランⅡ		149,000円	62,000	25,000		42,000 20,000
		0円				
		0円				
各料金の内訳・明細	前払金	月額単価（ 円）×想定居住期間（ 月） により算出 （月額単価の説明） （想定居住期間の説明）				
	家賃	近隣家賃及び立地条件を勘案し算定（プランⅠ通常利用時 プランⅡ1室2名利用時）				
	管理費	施設の維持管理費、管理部門に関わる経費				
	介護費用	ない ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費	朝食 400 円・昼食 500 円・夕食 500 円 間食 0 円 1日当たり 1,400 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） 不要の場合は1週間前までに職員に申し出る。不要申し出の場合は料金はかかりません。				
	光熱水費	ホームでの使用料を入居者使用分で分担することとして算出				

前払金の取扱い	
支払日・支払方法	
償却開始日	
返還対象としない額	位置づけ
契約終了時の返還金の算定方式	
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	期間：3か月 起算日：入居した日
返還期限	契約終了日から 日以内
保全措置	保全先：
その他留意事項	
月額利用料の取扱い	
支払日・支払方法	（支払日）翌月前月末払い （支払方法）原則：口座振替
その他留意事項	なし
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料	無料
料金改定の手続	
料金の変更など運営上の重大な変更が生じる場合は運営懇談会を実施し、個々の入居者に説明を行う	

【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	プラン I		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	300,000	0	162,000
※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	なし

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

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

<p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職 _____</p> <p>氏名 _____ 印 _____</p>
--

## 介護サービス等の一覧表（参考様式）

区分 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	その都度徴収するサービ ス（料金を表示）
<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				実費
入浴（一般浴）介助				▲
清拭				▲
特浴介助			特浴未設置	特浴未設置
身辺介助				▲
・体位交換				▲
・居室からの移動				▲
・衣類の着脱				▲
・身だしなみ介助				▲
機能訓練				▲
通院介助 （協力医療機関）				▲
通院介助 （上記以外）				▲
緊急時対応				▲
オンコール対応			○	
<生活サービス>				
居室清掃				▲
リネン交換				▲
日常の洗濯				▲
居室配膳・下膳				▲
嗜好に応じた特別食				実費
おやつ				実費
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				実費

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				▲
医師の往診				▲
<入退院時、入院中のサ ービス>				
移送サービス				▲
入退院時の同行(協力医療機 関)				▲
入退院時の同行(上記以外)				▲
入院中の洗濯物交換・買物				▲
入院中の見舞い訪問				▲
<その他サービス>				

施設名:住宅型有料老人ホーム かもめホーム

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

指針項目	該当に○	備考
<b>安定的・継続的な居住の確保のための項目</b>		
1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。	○ 適合	
2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。	○ 適合	自動更新の文言は記載されていないが、数回にわたり契約更新はされており、次の更新時に自動更新乗降が入れられないか交渉予定
<b>緊急時の安全確保のための項目</b>		
3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。	○ 適合	検査済証では用途専用住宅(区分08010)
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合	木造
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	スプリンクラー設置予定
<b>入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目</b>		
8 各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上(既存の建築物を転用した場合等に必要な要件を満たした場合は7.43㎡以上)であるか。	○ 適合	各居室は基準を満たしていないが契約時に説明を行う。
10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	○ 適合	
11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。	○ 適合	
12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	○ 適合	
<b>入居者の財産を保全するための項目</b>		
13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。	○ 適合	保全先:
14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)	○ 適合	初期償却率: %
15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	○ 適合	

※ 開設日前にあっては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。  
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として

明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。