

有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	ひまわりホーム新宿
定員・室数	26人・25室

有料老人ホームの類型・表示事項

類型	介護付（一般型）
サ付登録の有無	無
居住の権利形態	利用権方式
利用料の支払方式	選択方式
入居時の要件	混合型（自立含む）
介護保険の利用	特定施設入居者生活介護（一般型）
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	2.5：1以上

1 事業主体

名称	法人等の種別		営利法人	
	フリカナ 名称	カブシキシャ ヒマワリ 株式会社 ひまわり		
主たる事務所の所在地	〒	160-0023	東京都新宿区西新宿8丁目5番3号 アクセス西新宿8階	
	連絡先	電話番号	03-5332-6021	
		ファックス番号	03-5332-6022	
ホームページ	http://www.himawari-corp.net/			
代表者職氏名	役職名	代表取締役	氏名	木原 康
設立年月日	平成24年12月20日			
主な事業等	介護保険法に基づく居宅サービス事業、 有料老人ホームの設置・運営 など			

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			
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護	1	ひまわりホーム新宿	新宿区上落合2-10-6
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			

地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護			
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)			
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			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護	1	ひまわりホーム新宿	新宿区上落合2-10-6
介護予防福祉用具貸与			
介護予防特定福祉用具販売			
<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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
介護医療院			

2 事業所概要

名 称	フリカ`ナ	ヒマワリホームシ`ユク		
	名 称	ひまわりホーム新宿		
所 在 地	〒	161-0034	東京都新宿区上落合2-10-6	
	電 話 番 号	03-5332-3773		
連 絡 先	フ`ァックス番号	03-5332-3774		
	ホ`ームペ`ージ	http://www.himawari-home.co.jp/		
介護保険事業所番号	第1370405423号			
管 理 者 職 氏 名	役職名	所長	氏名	片倉 佐知子
事 業 開 始 年 月 日	平成 26年 4月 1日			
届 出 年 月 日	平成 26年 2月 28日			
届出上の開設年月日	平成 26年 4月 1日			
特定施設入居者生活介護	新規指定年月日(初回)	平成 26年 4月 1日		
	指定の有効期間	平成 32年 3月 31日 まで		
介護予防 特定施設入居者生活介護	新規指定年月日(初回)	平成 26年 4月 1日		
	指定の有効期間	平成 32年 3月 31日 まで		
事業所へのアクセス	都営大江戸線「中井」駅より徒歩4分(250m) 西武新宿線「中井」駅より徒歩5分(350m) メ`トロ東西線「落合」駅より徒歩7分(400m)			
施設・設備等の状況				
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし
	面 積	1105.8 m ²		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	2649.6 m ²	うち有料老人ホーム分 1101.5 m ²		
	竣工日	平成 3 年 10 月 24 日			
	階 数	地上 8 階 地下 1 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 1・2 階 地下 階			
	構造	一部耐火・一部準耐火建築物	建築物用途区分	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	平成 26年 4月 1日 ~ 平成 46年 3月 31日		
		自動更新	あり		
居 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	7	13.3 m ² ~ 20.9 m ²	
		2人	1	30.6 m ² ~ 30.6 m ²	
	2階	1人	17	13.2 m ² ~ 20.7 m ²	
				m ² ~ m ²	
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
便 所	居室	設置なし	共同便所	4 箇所 (男女共用)	
浴 室	居室	設置なし	共同浴室	個浴 : 大浴槽 : 1 機械浴 :	
	併設施設との共用			なし ()	
食 堂	兼用	あり (機能訓練室・レクリエーション室)			
	併設施設との共用			なし ()	
その他の共用施設	あり (談話コーナー)				
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)	1					1人	1.0	
生活相談員			2			2人	1.0	介護
看護職員:直接雇用	1			2		3人	2.6	
看護職員:派遣						0人		
介護職員:直接雇用	3	3		6	1	13人	11.5	※生活相談員・事務員・計画作成担当者
介護職員:派遣				4		4人		
機能訓練指導員	1					1人	1.0	
計画作成担当者			1		1	2人	0.7	介護
栄養士						0人		委託
調理員						0人		委託
事務員						0人		
その他従業者				1		1人	0.1	清掃スタッフ
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	2	2	1
実務者研修					
介護職員初任者研修		1	1	8	
介護支援専門員			1		1
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		1			
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		介護職員初任者研修			
④ 夜勤・宿直体制					
配置職員数が最も少ない時間帯			23 時 0 分～ 4 時 30 分		
上記時間帯の職員配置数			介護職員 1 人以上		看護職員 人以上

⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等						①と同じのため記入省略		
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						③-1と同じのため記入省略	
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		③-2 と同じのため記入省略			
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					
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					2.5 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					1						
1年以上3年未満			2		2						
3年以上5年未満											
5年以上10年未満				1	2	1					
10年以上		1		5	6	1		1		1	1
合計		1	2	6	11	2	0	1	0	1	1

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 (委託)	
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	24時間ナースコール対応。 介護度別による定期巡回 ※別表(介護サービス等の一覧表) 記載	
施設で対応できる医療的ケアの内容	協力医療機関もしくは訪問医療の医師の指示により、施設看護師が行う。在宅酸素の管理、経管栄養対応可。その他は応相談。※夜間・早朝にかかる医療ケア不可。	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	医療法人社団桜寿会 リアンレーブ高田馬場クリニック
	所在地	東京都新宿区高田馬場 1-6-9
	協力の内容	訪問診療(内科)月2回・夜間コール対応(24時間) 日常の健康相談・看護指導・医療機関に入院を要する場合の紹介 費用:医療費(自己負担分) 他の医療機関への紹介状費用 クリニックまでの距離:2.2km
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	にえかわ歯科医院
	所在地	東京都新宿区北新宿1-8-17-4階
	協力の内容	訪問歯科・歯科健康相談・指導など ※希望者のみ(歯科との契約あり) 費用:医療費(自己負担分) クリニックまでの距離:1.5km

介護保険加算サービス等		
個別機能訓練加算	あり	
夜間看護体制加算	あり	
看取り介護加算	あり	
医療機関連携加算	あり	
認知症専門ケア加算	なし	
サービス提供体制強化加算	あり(Ⅲ)	
介護職員処遇改善加算	あり(Ⅲ)	
入居継続支援加算	なし	
生活機能向上連携加算	なし	
若年性認知症入居者受入加算	なし	
口腔衛生管理体制加算	あり	
栄養スクリーニング加算	なし	
退院・退所時連携加算	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施	なし	
短期利用特定施設入居者生活介護の算定	不可	
利用者の個別的な選択によるサービス提供		
運営懇談会の開催	あり (年 2 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	概ね60才以上方
	要介護度	要支援1～要介護5 (自立も受入れ可)
	医療的ケア	受入れ可(夜間・早朝にかかる医療ケアは不可)
	認知症	受入れ可(要相談)
	その他	
身元引受人等の条件、義務等	身元引受人が1人以上必要です。身元引受人は、保証人を兼ねる。	
体験入居	利用期間	1日～7日くらい ※自費扱い
	利用料金	1日 8,000円 (宿泊費・食費・介護サービス料込)
	その他	
入院時の契約の取扱い	入院から3ヶ月をめどに今後の対応について話し合いをさせていただきます。入院期間は、食材費以外の費用については支払義務あり。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	身体拘束に関する会議を行い、次の3要件を満たす状態であるかを確認する。 ①切迫性②非代替性③一時性 慎重に検討した結果、3要件に該当すると判断された場合には、保証人、身元引受人等と話し合い、十分な理解と同意を得て、同意書に署名捺印をいただく。実際に身体拘束を行う場合は、様態・時間・心身の状況等を詳細に記録。定期的なカンファレンスを行い身体拘束解除を目指し、検討する。	
事業者からの契約解除	入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時、利用料その他の費用の支払いを3ヶ月以上滞納等に該当しかつ、そのことが本契約における双方の信頼関係を著しく害するものである場合には、30日間の予告期間において、この契約解除を通告することができるものとする。	
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	ひまわりホーム新宿 片倉佐知子		
電話番号	03-5332-3773		
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月~金)		
窓口の名称 2	株式会社ひまわり		
電話番号	03-5332-6021		
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月~金)		
窓口の名称 3	新宿区介護保険課利用者支援係		
電話番号	03-5273-3497		
対応時間	8:30 ~ 17:00 (月~金)		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称：損害賠償責任保険 (日本興亜損保保険株式会社)		
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： 89.2 歳		入居者数合計： 26 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	2			1		
85歳以上			1	2	4	5	4	5		
合計	0	0	1	3	6	5	5	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	3	4	12	7			26			
男女別入居者数	男性： 7 人			女性： 19 人						
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				100 % （定員に対する入居者数）						

直近1年間に退去した者の人数と理由			
理由	人数	理由	人数
自宅・家族同居		その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居		医療機関への入院	1
介護老人保健施設へ転居		死亡	4
介護療養型医療施設へ転居	1	その他	
他の有料老人ホームへ転居		退去者数合計	6

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	500,000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	光熱水費
月払方式（個室）	0円	246,500円	85,000	64,400	0	66,250	30,850
年払方式（個室）	600,000円	196,500円	35,000	64,400	0	66,250	30,850
月払方式（夫婦部屋）	0円	377,150円	85,000	128,800	0	132,500	30,850
年払方式（夫婦部屋）	600,000円	327,150円	35,000	128,800	0	132,500	30,850
各料金の内訳・明細	前払金	月額単価（月次家賃-35,000円）×想定居住期間（48ヶ月）により算出 （月額単価の説明） 家賃相当分の一部として （想定居住期間の説明） 簡易生命表による想定利用月数を参考に、当事業所利用者の平均介護度を鑑み算出					
	家賃	建物質料として					
	管理費	施設維持管理費・設備管理費・事務人件費等					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	朝食 280円・昼食 450円・夕食 450円 間食 円 1日当たり 1,180円 × 30日で積算 厨房管理運営費 30850円など （食事をキャンセルする場合の取扱いについて） 外泊などにより、1日を通じて欠食となる場合、食材費を日割にて返却（食材費日額1,180円）					
光熱水費	電気・ガス・水道費用						

前払金の取扱い	
支払日・支払方法	入居日までに振込により支払う
償却開始日	入居日
返還対象としない額	なし
	位置づけ
契約終了時の返還金の算定方式	返還金＝前払金－〔（前払金÷48ヶ月）×入居月数〕（注）年払の場合は12ヶ月 ※月途中の入居・退去については、日額（前払金÷1461日）として日割計算し、返還します。（注）年払の場合は365日、閏年は366日。 ※月額利用料の返還金は、次の算式により返還します。 返還金＝月額利用料－〔（月額利用料÷30日×利用日数）〕
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
	起算日より3ヶ月以内に退去された場合（死亡退去含）、事業所は、当該費用の支払い及び居室の明渡しを受けた後、3ヶ月以内に受領済みの前払金を無利息で返還する。保証金については、原状回復費用及び未払い費用等の清算の後返還します。 前払金について、利用期間に応じ、以下の算式に基づき計算し改めて請求します。 （算式）前払金÷1461日×利用日数 ※1461日＝4年（閏年含む） 月額利用料については、日割にて清算し請求します。 （算式）月額利用料÷30日×利用日数
返還期限	契約終了日から 90日以内
保全措置	あり 保全先：サーバントラスト信託株式会社
その他留意事項	前払方式にて入居された方が49ヶ月以上入居された場合、前払金の追加支払いはありません

月額利用料の取扱い	
支払日・支払方法	毎月25日（休日の場合は翌日）までに翌月分を口座振替にて支払う。
その他留意事項	

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。

(30日換算・自己負担1割の場合)						
介護度	基本単位 a	加算 b	処遇改善加算 c=(a+b)×d 小数点以下 四捨五入	総単位数 e=a+b+c	介護報酬 f=a×地域別単価 小数点以下 切捨て	自己負担額 g=f×0.1 小数点以下 切上げ
要支援1	5,400	570	197	6,167	67,220円	6,722円
要支援2	9,270	570	325	10,165	110,798円	11,080円
要介護1	16,020	870	557	17,447	190,172円	19,018円
要介護2	17,970	870	622	19,462	212,135円	21,214円
要介護3	20,040	870	690	21,600	235,440円	23,544円
要介護4	21,960	870	753	23,583	257,054円	25,706円
要介護5	24,000	870	821	25,691	280,031円	28,004円

	加算の種類	単位・割合	算定	備考
b	個別機能訓練加算	12/日	あり	
	夜間看護体制加算	10/日	あり	要介護のみ
	看取り介護加算	144～1,280/日	あり	対象者のみ
	医療機関連携加算	80/月	あり	対象者のみ
	認知症専門ケア加算	0/日	なし	
	サービス提供体制強化加算	6/日	あり(Ⅲ)	
	入居継続支援加算	0/日	なし	要介護のみ
	生活機能向上連携加算	0/月	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	0/日	なし	対象者のみ
	口腔衛生管理体制加算	30/月	あり	
	栄養スクリーニング加算	-	なし	対象者のみ
	退院・退所時連携加算	0/日	なし	対象者のみ
d	介護職員処遇改善加算	3.30%	あり(Ⅲ)	

当ホームの地域別単価は10.9です。（新宿区）
看取り介護加算を算定した月においては自己負担額が変動します。

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

東京都との事前協議の後、運営懇談会を開催し入居者等に説明を行う。
入居者の同意を得た後、東京都に必要な書類を提出する。
提出書類の受理・承認を受けた後、実施することとする。

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	月払方式 (個室)		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	500,000	0	246,500
※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	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	入居希望者に公開
事業収支計画書	入居希望者に公開	その他開示情報	

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>
--

施設名：ひまわりホーム新宿

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	不適合
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	不適合 非該当
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	不適合 共同住宅
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合	不適合
5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	○ 適合	不適合
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	不適合 非該当
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	不適合
入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目		
8 各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	不適合
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	不適合
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	不適合
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	不適合
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	不適合
入居者の財産を保全するための項目		
13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。	○ 適合	不適合 非該当 保全先：サーバントラスト信託株式会社
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	不適合 非該当 初期償却率：0%
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	不適合 非該当

※ 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。