

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	ナーシングホームとも
定員・室数	14 人 ・ 14 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	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人

1 事業主体

名 称	法人等の種別 営利法人		
	フリカテナ	カブシキガイシャケアサービストモ	
	名 称	株式会社ケアサービスとも	
主たる事務所の所在地	〒	121-0062	
		東京都足立区南花畑4-35-8	
連 絡 先	電 話 番 号	03-5851-8177	
	ファックス番号	03-5851-8178	
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.caretomo.net		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名 海老根 清剛
設 立 年 月 日	平成18年11月17日		
主 な 事 業 等	訪問介護・居宅介護支援・訪問看護・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護・サービス付き高齢者向け住宅・看護小規模多機能型居宅介護・住宅型有料老人ホーム		

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	訪問介護事業所	足立区南花畑4-35-8
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	1	訪問看護ステーションとも	足立区花畑4-23-7
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	2	ともの家・あおいの家	足立区花畑1-23-13・足立区青井2-16-8
認知症対応型共同生活介護	1	グループホームとも	足立区青井2-16-8
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)	1	良さんの家	足立区花畑4-23-7
居宅介護支援	1	居宅介護支援事業所とも	足立区花畑4-23-7
<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	1	訪問看護ステーションとも	足立区花畑4-23-7
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	2	ともの家・あおいの家	足立区花畑1-23-13・足立区青井2-16-8
介護予防認知症対応型共同生活介護	1	グループホームとも	足立区青井2-16-8
介護予防支援	1	居宅介護支援事業所とも(委託事業)	足立区花畑4-23-7
<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	フリカドナ	ジュウタクガタユウリョウロウジンホーム「ナーシングホームトモ」		
	名 称	住宅型有料老人ホーム「ナーシングホームとも」		
所 在 地	〒	121-0061		
		東京都足立区花畑4-23-7		
連 絡 先	電 話 番 号	03-5851-8671		
	ファックス番号	03-5851-8672		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.caretomo.net/			
管 理 者 職 氏 名	役職名	管理者	氏名	谷口 由美子
事 業 開 始 年 月 日	平成 31 年 2 月 1 日			
届 出 年 月 日	平成 30 年 1 月 15 日			
届出上の開設年月日	平成 31 年 2 月 1 日			
事業所へのアクセス	東武スカイツリーライン竹ノ塚駅より花畑団地行きバスで花畑4丁目下車徒歩1分			
施設・設備等の状況				
敷 地	権利形態	所有	抵当権	あり
	面 積	400.04 m ²		

建 物	権利形態	所有	抵当権	あり	
	延床面積	899.02 m ²	うち有料老人ホーム分	425.78 m ²	
	竣工日	平成 31 年 1 月 23 日			
	階 数	地上 4 階 地下 0 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 3・4 階 地下 0 階			
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	老人ホーム（看護小規模多機能）	
	併設施設等	あり（ 居宅介護支援事業所とも・訪問看護ステーションとも・看護小規模多機能型居宅介護「良さんの家」 ）			
賃貸借契約の概要	契約期間	～			
	自動更新				
居 室	階	定員	室数	面積	
	3階	1人	7	13.07 m ² ～ 14.00 m ²	
	4階	1人	7	13.07 m ² ～ 15.50 m ²	
				m ² ～ 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 m ² ～ m ²	
便 所	居室	全室設置	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	（ リビングとの一体型 ）		
	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	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	
緊 急 呼 出 装 置	スプリンクラー：	あり			
	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	0	1	0	1人	0.5	エリアマネージャー	
生活相談員	0	0	1	0	1人	0.2	役員	
看護職員：直接雇用	0	0	0	0	0人			
看護職員：派遣	0	0	0	0	0人			
介護職員：直接雇用	0	0	14	0	14人	3.0	当社訪問介護事業所	
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			
計画作成担当者	0	0	0	0	0人			
栄養士	0	0	0	0	0人		別建物調理センターに配置	
調理員	0	0	0	0	0人		当社配食サービス	
事務員	0	0	1	0	1人	0.5	当社総務職員	
その他従業者	0	0	0	0	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	0	11	0										
実務者研修		0	0	0	0										
介護職員初任者研修		0	0	3	0										
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										
はり師又はきゅう師		0	0	0	0										
③-3 管理者（施設長）の資格				介護支援専門員・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 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					14		1								
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	14	0	1	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	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	あり	
定期的な安否確認の方法	2～3時間おきに定期巡回し、安否確認を行う。	
施設で対応できる医療的ケアの内容	病気や怪我の治療は、入居者・家族の意思を確認し、協力医療機関その他の医療機関へ受診する。「胃ろう・在宅酸素」は看護職員にて対応可能（その場合の医療費は入居者負担）。依頼により、通院の付添い、入退院の準備・付添い・移送をする（別途料金発生）。	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	医療法人社団久光会 久光クリニック
	所在地	東京都足立区六町2-6-24
	協力の内容	診療科目は、内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、皮膚科。施設と連携契約を結んでいる。施設との直線距離2km。入居者の希望により往診可。週3回程度往診、緊急時対応あり。
	名称	医療法人社団ききょう会 花畑クリニック

協力医療機関(2)	所在地	東京都足立区六町4-4-3
	協力の内容	診療科目は、内科、外科。施設と連携契約を結んでいる。入居者の希望により往診可。週3回程度往診、緊急時対応あり。
協力医療機関(3)	名称	医療法人社団ビジョナリー 王子北口内科クリニック
	所在地	東京都北区王子本町1-24-8 エスポワール王子
	協力の内容	診療科目は、内科。施設と連携契約を結んでいる。入居者の希望により往診可。週3回程度往診、緊急時対応あり。
協力歯科医療機関	名称	寺本歯科クリニック
	所在地	東京都文京区本郷5-25-13 SKYビジョンビル1階
	協力の内容	診療科目は、歯科。施設と連携契約を結んでいるので、入居者の希望により週1回の往診は可能。施設との直線距離15km
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 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		あり
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	65歳以上(例外として2号保険者含む)
	要介護度	自立、要支援1・2、要介護1～5
	医療的ケア	応相談
	認知症	応相談
	その他	なし
身元引受人等の条件、義務等	当施設の利用契約から生ずる入居者の全ての債務の連帯保証を負うとともに、入居契約終了時における身柄引取りの責任を負っていただく。	
体験入居	利用期間	1週間
	利用料金	1日あたり3,000円
	その他	食費は実費
入院時の契約の取扱い	入院中も契約は継続し、家賃・管理費が発生する。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	<p>【緊急やむを得ず身体拘束を行う場合】</p> <p>①切迫性：本人または他入居者の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合</p> <p>②非代替性：身体拘束その他行動制限を行う以外に代替する介護方法がない場合</p> <p>③一時性：身体拘束その他行動制限が一時的なものである場合</p> <p>【手続き】</p> <p>①本人・家族への説明・同意 身体拘束の内容、目的、時間、期間を文章で説明し、同意を得る。</p> <p>②記録 入居者の心身状況、条件の該当する状況、身体拘束の内容、時間等の記録をする。</p> <p>③最小限の実施・早期解除 身体拘束を実施している期間のモニタリングを徹底、要件に該当するかの再検討、定期的なカンファを実施し、解除方法の検討を行う。</p>	
事業者からの契約解除	契約を継続することが社会通念上困難と認められる場合 (詳細は入居契約書第29条を参照)	
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	利用者の状態の変化に伴い介護上の必要性があると判断した場合		
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	あり 認知症対応型共同生活介護・（看護）小規模多機能型居宅介護		
判断基準・手続	本人・家族の希望による。		
利用料金の変更	転居後の施設利用料による。		
前払金の調整	なし		
従前居室との仕様の 変更	あり		
苦情対応窓口			
窓口の名称 1	ナーシングホームとも管理者		
電話番号	03-5851-8671		
対応時間	午前9時～午後6時（ 月～金曜日 ）		
窓口の名称 2	東京都福祉保健局 高齢社会対策部		
電話番号	03-5320-4032（代表）		
対応時間	午前9時～午後5時（ 土日、祝日を除く ）		
窓口の名称 3	足立区介護保険課		
電話番号	03-3880-5111（代表）		
対応時間	午前9時～午後5時（ 土日、祝日を除く ）		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称：施設賠償責任保険（損保ジャパン）		
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	あり	結果の公表	とうきょう福祉ナビゲーション
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	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	140,000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	共益費	生活支援費	食費	光熱水費
プランA	0円	193,500円	70,000	25,000	40,000	43,500	15,000
		0円					
		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	70,000円					
	共益費	共益費として25,000円 共用施設・設備の維持・管理費・清掃・保守点検費用					
	生活支援費	40,000円 介護保険対象外の日常生活支援（日勤・夜勤）の人員費 ※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 500円・夕食 500円 間食 100円 1日当たり 1,450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） 前日17時までに申し出ること。17時以降の場合又は連絡なしの場合は全額請求。					
光熱水費	15,000円 居室及び共用部の光熱水費						

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	月末締めで、翌月27日口座振替	
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	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		
事業者は、目的施設が所在する地域の自治体が発表する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取した上で、料金を改定する。		

【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	プランA		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	140,000	0	193,500

※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	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	適宜公開

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	○(2～3時間おき)		○(2～3時間おき)	
巡回 夜間	○(2～3時間おき)		○(2～3時間おき)	
食事介助				▲
排泄介助				▲
おむつ交換				▲
おむつ代				実費負担
入浴(一般浴)介助				▲
清拭				▲
特浴介助				▲
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		実費負担		実費負担
おやつ	○(食費を含む)		○(食費を含む)	
理美容		実費負担		実費負担
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			○(原則は本人・家族)	

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		実費負担		実費負担
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		実費負担		実費負担
医師の往診		実費負担		実費負担
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス		実費負担	○	介護タクシー等を利用
入退院時の同行(協力医療機関)		実費負担		▲
入退院時の同行(上記以外)		実費負担		▲
入院中の洗濯物交換・買物		実費負担		▲
入院中の見舞い訪問	○		○	
<その他サービス>				

施設名:ナーシングホームとも

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"/>	法人メインバンクである足立成和信用金庫の借入金に対する根抵当権設定あり。
2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実にものとするため、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 checked="" type="radio"/> 不適合 <input 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 checked="" type="radio"/> 不適合 <input type="radio"/>	
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"/>	年2回実施計画あり
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 checked="" 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㎡以上であるか。	適合 <input checked="" 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。	適合 <input checked="" 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。	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 type="radio"/> 非該当 <input checked="" 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 type="radio"/> 非該当 <input checked="" 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 type="radio"/> 非該当 <input checked="" 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。