

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	ラヴィスタ池上
定員・室数	9 人 ・ 9 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`ナ 名 称	ガ`ンシカ`イヤベ`ストパートナー 株式会社ベストパートナー	
主たる事務所の所在地	〒 141-0022	東京都品川区東五反田4丁目7番25号	
連 絡 先	電 話 番 号	03-5447-8873	
	ファックス番号	03-5447-8855	
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.bestpartner-1.jp		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名 森 勝巳
設 立 年 月 日	平成3年3月19日		
主 な 事 業 等	不動産売買、仲介並びに賃貸管理 福祉施設運営及びサービス、有料老人ホームの経営及び管理 介護保険法による指定居宅介護支援事業		

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	3	ベストケア	品川区東五反田四丁目7番25号
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	1	デイハウス青梅今寺	青梅市今寺四丁目15番5号
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		

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	なし		
<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	ラヴィスタ池上		
	名 称	ラヴィスタ池上		
所 在 地	〒 146-0082	東京都大田区池上三丁目21番3号		
連 絡 先	電 話 番 号	03-5700-1011		
	フ ァ ッ ク ス 番 号	03-5700-1011		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://www.bestpartner-1.jp			
管 理 者 職 氏 名	役職名	管理者	氏名	東 翔太郎
事 業 開 始 年 月 日	平成 24 年 9 月 1 日			
届 出 年 月 日	平成 28 年 1 月 18 日			
届 出 上 の 開 設 年 月 日	平成 28 年 2 月 12 日			
事 業 所 へ の ア ク セ ス	東急池上線池上駅より徒歩7分			
施設・設備等の状況				
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし
	面 積	162.44 m ²		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	152.76 m ²	うち有料老人ホーム分	152.76 m ²	
	竣工日	昭和 59 年 12 月 25 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	平成24年5月31日 ~ 平成34年5月30日		
		自動更新	あり		
居 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	3	5.8 m ²	~ 6.61 m ²
	2階	1人	6	5.8 m ²	~ 10.8 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	設置なし	共同便所	2 箇所 (男女共用)	
	浴室	設置なし	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	なし 基				
消 防 設 備	自動火災報知設備：なし		火災通報装置：なし		スプリンクラー：なし
緊 急 呼 出 装 置	居室：なし	便所：なし	浴室：なし	脱衣室：なし	

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）	1	0	0	0	0	1人	1.0	兼務なし
生活相談員	0	0	0	0	0	0人		
看護職員：直接雇用	0	0	0	0	0	0人		
看護職員：派遣	0	0	0	0	0	0人		
介護職員：直接雇用	0	0	0	0	4	4人	3.5	兼務なし
介護職員：派遣	0	0	0	0	0	0人		
機能訓練指導員	0	0	0	0	0	0人		
計画作成担当者	0	0	0	0	0	0人		
栄養士	0	0	0	0	0	0人		
調理員	0	0	0	0	0	0人		
事務員	0	0	0	0	0	0人		
その他従業者	0	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	0	0
実務者研修		0	0	0	0
介護職員初任者研修		0	0	0	4
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	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	20 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年以上3年未満				4							
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	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（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	あり	
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	なし	
金銭管理サービス	なし	
定期的な安否確認の方法	食事提供時及び最低4時間に一回のラウンドによる声掛け	
施設で対応できる医療的ケアの内容	看護職員が未設置のため常時の対応はできません。訪問看護等外部サービスをご利用ください。	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	こだまクリニック
	所在地	東京都品川区荏原1-14-1
	協力の内容	訪問診療 診療科目：内科・循環器内科・消化器内科・精神科

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	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 但し、第二被保険者の方は40歳以上
	要介護度	自立・要支援・要介護
	医療的ケア	対応不可
	認知症	相談に応じます。
	その他	-
身元引受人等の条件、義務等	入居契約に基づいて発生する家賃・管理費・食費などの支払いの金銭債務を保証していただく他、入居者様の処遇や死亡時、退去時の身柄の引き取り、資産の引き取りに対応いただけるご親族の方を身元引受人に立てていただきます。	
体験入居	利用期間	6泊7日まで
	利用料金	1泊2日 10,000円 (宿泊費・食費・介護サービス費込み)
	その他	-
入院時の契約の取扱い	入院中においても権利は保有されます。 入院中の家賃相当額及び管理運営費及び水道光熱費は入居者様のご負担となります。 料金等は添付の管理運営規定のとおり。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手續	<p>原則行いません。</p> <p>但し、次の3点すべてを満たした場合「身体拘束」を行う場合がある。</p> <p>(1) 切迫性—入所者本人または他の入所者等の生命・身体が危険にさらされている可能性が著しく高い</p> <p>(2) 非代替性—身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない</p> <p>(3) 一時性—身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること</p> <p>「身体拘束」を行う場合は以下の方法により行います。</p> <p>(1) 原因となる症状や状況に応じて、必要最低限の方法にします。</p> <p>(2) 利用者の見守りを強化し、利用者本人や他の利用者等の身体、生命の危険がないように配慮する。</p> <p>(3) 「身体拘束」を行っている期間中は、別紙記録用紙にて状況の記録を作成する。</p> <p>(4) 「身体拘束」の必要な状況が解消した場合は、すみやかに解除する。</p> <p>「行動制限検討委員会」を設置し、以下のことを行う。</p> <p>(1) 発生した「身体拘束」の状況、手續き、方法について検討し、適正に行われているか確認する。</p> <p>(2) 事例をもとに、代替え策の検討を行い、利用者のサービスの向上に努める。</p> <p>(3) 利用者の人権を尊重し、拘束廃止を目指し、職員に対しての研修を行う。</p>	
事業者からの契約解除	<p>次に掲げる事項のいずれかに該当する場合は、ご入居者様との利用契約を解除することができます。</p> <p>1. ご入居者様による費用又は料金の支払いが、正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、催告にもかかわらず、1ヶ月以内に支払われない場合。</p> <p>2. ご入居者様が入居中に医療行為が必要になり、当ホームが関係法令に基づき当ホームでの人員体制では対応が困難であると判断した場合、もしくは病気治療のため病院もしくは診療所等に入居し、明らかに2ヶ月以内に退院できる見込みがない場合。</p> <p>3. ご入居者様が、当ホームへ所定の届出をせず、2ヶ月以上の長期にわたって当ホームを離れることが明らかな場合。</p> <p>4. ご入居者様の行動が従業者又は他のご入居者様の生命、身体、財産又は信用を傷つけ、当ホームがこの行動を防止できないと判断した場合。</p> <p>5. 地震等の天災、関係法令の改変、その他やむを得ない事情によって継続的な当ホーム運営が困難になった場合。</p>	

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・手續	
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	ラヴィスタ池上		
電話番号	03-5700-1011		
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月~日)		
窓口の名称 2	株式会社ベストパートナー		
電話番号	03-5447-8873		
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月~日(祝日除く))		
窓口の名称 3	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 (月~日(祝日除く))		
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害保険株式会社 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	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：	81.0 歳	入居者数合計：	9 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						1		
65歳以上75歳未満					1	0		
75歳以上85歳未満					1	1		
85歳以上					1	2	1	1
合計	0	0	0	0	3	4	1	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		1	8				9	
男女別入居者数	男性： 3 人		女性： 6 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	
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	136,000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
-	0円	147,200円	68,000	15,000	0	43,200	21,000
		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	68,000円 近傍同種の家賃相当額と比較して妥当な額としてと設定					
	管理費	15,000円 共用施設設備の維持管理費、共用の消耗品費、事務管理費等として設定					
	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 300円・昼食 500円・夕食 500円 間食 140円 1日当たり 1,440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） 食事の再開・停止・欠食は7日前までに、所定の用紙にてご連絡下さい。 （添付の管理運営規定のとおり。） 43,200円					
光熱水費	21,000円 家計調査より単身世帯65歳以上の水道光熱費を参考に算出し設定						

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	毎月27日 口座振替・振込・現金持参・現金書留
その他留意事項	27日が銀行休業日の場合は、翌営業日に引落ます。
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	
<p>人件費・諸物価の変動に基づき、運営懇談会の意見を考慮して価格改定を行う。 料金改定を行う場合2ヶ月前までに利用者・身元引受人等へ事前に通知し、説明をします。</p>	

【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	-		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	136,000	0	147,200

※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

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	（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▲
<介護サービス>				
巡回 日中	○（4時間毎）		○（4時間毎）	
巡回 夜間	○（4時間毎）		○（4時間毎）	
食事介助		▲		▲
排泄介助	（○）			▲
おむつ交換	（○）			▲
おむつ代		216円/枚		216円/枚
入浴（一般浴）介助		2160円/回		▲
清拭		1080円/回		▲
特浴介助		2160円/回		▲
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		1080円/回		▲
通院介助 （協力医療機関）		1620円/30分		
通院介助 （上記以外）		1620円/30分		
緊急時対応	○		○	▲（院内756円/15分）
オンコール対応	○		○	▲（院内756円/15分）
<生活サービス>				
居室清掃		1080円/回		▲
リネン交換	月2回	月3回目以降540円/回	月2回	月3回目以降540円/回
日常の洗濯		216円/回		▲
居室配膳・下膳	体調不良等により食堂でお食事ができない場		体調不良等により食堂でお食事ができない場	
嗜好に応じた特別食		食材実費+318円		食材実費+318円
おやつ	○		○	
理美容		実費		実費
買物代行（通常の利用区域）	週1回指定日のみ対応	左記以外1080円/30分	週1回指定日のみ対応	左記以外1080円/30分
買物代行（上記以外の区域）		1080円/30分		1080円/30分
役所手続き代行	介護保険関連のみ	左記以外1080円/30分	介護保険関連のみ	左記以外1080円/30分
金銭管理サービス		※※※なし （入居者ご本人とご家族からの要望があった場合）		※※※なし （入居者ご本人とご家族からの要望があった場合）

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(年2回)		実費(年2回)
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		実費
医師の往診		実費		実費
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス		1620円/30分		1620円/30分
入退院時の同行(協力医療機関)		1280円/30分		1280円/30分
入退院時の同行(上記以外)		1280円/30分		1280円/30分
入院中の洗濯物交換・買物		1080円/30分		1080円/30分
入院中の見舞い訪問		1080円/30分		1080円/30分
<その他サービス>	年間行事及び誕生日会	左記以外実費	年間行事及び誕生日会	左記以外実費

施設名：ラヴィスタ池上

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	
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	建物の賃貸借契約期間は10年と設定している。
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	専用住宅として建築確認済
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合	防火建築物です。
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	未設置部分があり、今後、順次設置の予定です。
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	
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	一部の居室が界壁により区分されていません。居室の面積と関連して、今後対策を検討いたします。
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	13㎡以下です。界壁による区分についてと合わせて今後対策を検討いたします。
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	定員1名
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	年に2回以上健康診断を受ける機会を提供しています。
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	やむを得ず身体拘束を行う場合、記録簿の作成を義務付けています。
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	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。