

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	ベル・ヴィ・ジェネルーズ時代
定員・室数	7 人 ・ 6 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	前払金方式
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1～2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`ナ	ｶﾞ`ｼｶﾞ`ｲﾀｲ		
	名 称	株式会社時代		
主たる事務所の所在地	〒	170-0002		
	東京都豊島区巢鴨一丁目3番18号			
連 絡 先	電 話 番 号	03-5940-6657		
	ファックス番号	03-5940-6658		
ホームページ	なし			
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	小宮 恵子
設 立 年 月 日	平成18年9月15日			
主 な 事 業 等	有料高齢者住宅の運営・管理・経営、食事の提供			

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	なし		
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	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	フリガナ	ベル・ヴィ・ジェネラルズ時代		
	名 称	ベル・ヴィ・ジェネラルズ時代		
所 在 地	〒	170-002		
	東京都豊島区巢鴨一丁目3番18号			
連 絡 先	電 話 番 号	03-5940-6657		
	ファックス番号	03-5940-6658		
ホ ー ム ペ ー ジ	なし			
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名	小宮 光雄
事 業 開 始 年 月 日	平成 21 年 9 月 1 日			
届 出 年 月 日	平成 21 年 7 月 17 日			
届出上の開設年月日	平成 21 年 9 月 1 日			
事業所へのアクセス	JR山手線 巢鴨駅より徒歩5分（300m） 都営三田線 巢鴨駅より徒歩5分（300m）			
施設・設備等の状況				
敷 地	権利形態	—	抵当権	なし
	面 積	237.12 m ²		

建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし	
	延床面積	190.4 m ²	うち有料老人ホーム分	190.4 m ²	
	竣工日	平成8年11月16日	平成9年1月13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	準耐火建築物	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21年9月1日 ~ 令和11年8月31日	
			自動更新	なし	
居 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	2	13.0 m ² ~ 13.0 m ²	
	1階	1人	1	13.9 m ² ~ 13.9 m ²	
	2階	1人	1	10.4 m ² ~ 10.9 m ²	
	2階	1人	1	10.6 m ² ~ 10.6 m ²	
	2階	2人	1	23.2 m ² ~ 23.2 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	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：なし 機械浴：なし	
	併設施設との共用		なし ()		
食 堂	兼用	あり	(リビング (ソファやテレビ設置))		
	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：なし		
緊 急 呼 出 装 置	居室：あり	便所：あり	浴室：あり	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			1人	0.5	生活相談員
生活相談員					3	3人	1.0	管理者代行
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	2.0	
介護職員：派遣				3		3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					4	4人	1.0	清掃員兼務
事務員						0人		
その他従業者				2	4	6人	2.0	調理員兼務
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						35 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															
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											
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				なし											
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～ 8 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															
3年以上5年未満															
5年以上10年未満				3		3									
10年以上															
合計		0	0	0	3	0	3	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	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	なし	
金銭管理サービス	なし	
定期的な安否確認の方法	①食事提供時（8時、12時、18時）、15時頃のおやつ提供時、及びサービス時の巡回 ②夜間は委託先の訪問介護員が90分毎に各個室を見回る ③各利用者のベッドにワイヤレスコールを配置	
施設で対応できる医療的ケアの内容	当ホームは医療施設ではありませんので、医療行為は行いません。医療を必要とする場合は通院又は入院する必要があります。入院中も居室の利用権は継続します。看護師による在宅医療行為が必要となった場合は、訪問看護をご利用ください。	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	安井医院
	所在地	東京都豊島区駒込一丁目44番1号
	協力の内容	診療科目：内科、小児科、外科、放射線科、女性専用外来（予約制）（費用は自己負担） 入居者の健康相談、健康診断、治療、入院

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	本多歯科医院
	所在地	東京都豊島区南長崎五丁目26番3号
	協力の内容	診療科目：歯科 入居者の歯の健康相談、診断、治療（費用は自己負担）
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
	要介護度	特に制限なし
	医療的ケア	なし（入居者自身による外部医療サービスを選択）
	認知症	特に制限なし
	その他	なし
身元引受人等の条件、義務等	出来る限り親族、その他後見人など。	
体験入居	利用期間	制限なし
	利用料金	1泊 12,000円（宿泊費・食費・管理費・光熱費込み） 内数（食費：1日 2,160円）
	その他	3泊4日まで無料
入院時の契約の取扱い	①利用料のうち、食事代を入院日数分返金します（入院日数 × 2,200円/日）（イ）2ヶ月以上の入院においても日数分の食費返金をします（ロ）但し、1ヶ月は30日として計算します ②長期入院でも入居契約を継続できますので、退院後も元の居室に戻ることができます	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	原則行いません。①拘束がやむを得ない場合かを適切に判断し、身元引受人及びあらかじめ決められた家族等の同意と署名をいただきます。②同意内容の身体的拘束内容・目的・理由・拘束期間等を本人及び同意者へ説明を行い、理解を得るよう努めます。③身体的拘束の記録を作成し、2年間の保存をします。④やむを得ない状況が改善された場合は直ちに解除します。関係者への連絡も同時に行います。	
事業者からの契約解除	虚偽申込み、利用料不払い、他人への危害等許されない行為があった場合に施設より契約解除を行います。詳しくは入居契約書の第5章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	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	ベル・ヴィ・ジェネラーズ 時代		
電話番号	03-5940-6657		
対応時間	8:00 ~ 23:00 (毎日/日曜日~土曜日)		
窓口の名称2	豊島区 区役所 保健福祉部 高齢者福祉課		
電話番号	03-3981-1749		
対応時間	8:30 ~ 17:15 (土/日/祝日 休み)		
窓口の名称3	高齢者安心電話		
電話番号	03-3200-2950		
対応時間	19:30 ~ 22:30 (毎日/年中無休)		
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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組	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:	92.8 歳	入居者数合計:	5 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						2	1	2
合計	0	0	0	0	0	2	1	2
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		2			5	
男女別入居者数	男性: 0 人			女性: 5 人				
入居率 (一時的に不在となっている者を含む。)	71 % (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	2
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	2

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	なし						
金額	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
タイプ1 (10.4㎡~13.9㎡)	435万円	332,500円	178,500	66,000	0	66,000	22,000
タイプ2 (23.2㎡)	780万円	437,000円	250,000	88,000	0	66,000	33,000
		0円					
		0円					
各料金の内訳・明細	前払金	タイプ1：月額単価（72,500円）×想定居住期間（60ヶ月）により算出 タイプ2：月額単価（130,000円）×想定居住期間（60ヶ月）により算出 （月額単価の説明） ①永久的施設利用権：施設での永住を保証するものです。②永久的居室サービス：夜間見回り等サービスを永続的に提供するものです。 （想定居住期間の説明） 65歳以上の入居者を想定していますが、実態は85歳以上がほとんどであることから、5年を想定しています。					
	家賃	1日料金を一般宿泊施設相当としております（居室の一般的な清掃・補修などの共益費に加えて、昼夜の安否確認などの対応費用を含みます）					
	管理費	施設全体に関する設備の設置交換・維持費及び運営管理費用になっています					
	介護費用	時代においては介護保険法に基づく介護サービスは行いません。同サービスの提供が必要な場合は、入居者が個々に訪問介護事業所等と契約し、介護保険法に基づく介護サービスの提供を受けることとなります。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
	食費	朝食 730円・昼食 730円・夕食 740円 間食 0円 1日当たり 2,200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） 前日夕食までに翌日以降の申し出のあった食事については返金をいたします。食事のキャンセルは、上記単価にてキャンセルした分を月単位で翌月入居者指定口座へ振り込み返金します。					
光熱水費	1日中のエアコン使用や個人ごとの入浴水入換え等を勘案しております						

前払金の取扱い	
支払日・支払方法	契約から20日以内に指定口座に振込み
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	①前払金÷60ヶ月×入居月数 ②月途中の入退去については、日額単価を（前払金÷償却月数÷30日）×入居日数として日割り精算します。
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
	前払金償却期間の起算日から3ヶ月以内において、入居者から入居契約書第30条に基づく入居者の解約申し出がなされた場合は、本契約の規定にかかわらず、居室明け渡し日までの施設利用の対価として、前払金（入居金）・月額利用料の日割り計算に基づく利用料、及び居室の原状回復費用を事業者に支払うことにより契約を終了できるものとします。事業者は当該費用の支払及び居室の明け渡しを受けた後90日以内に、返還金を無利息で入居者に返還することとします。また、死亡による契約終了の場合も同様の扱いとなります。
返還期限	契約終了日から 90日以内
保全措置	なし 保全先：
その他留意事項	なし
月額利用料の取扱い	
支払日・支払方法	月末までに翌月分を指定口座に振込み
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	
改定の場合は、運営懇談会の意見を聞き、利用者全員の同意を得る	

【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	タイプ1		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	4,350,000	332,500
※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	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: center;">_____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)
			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	○ 食事/おやつ/入浴等随時	—	○ 食事/おやつ/入浴等随時	—
巡回 夜間	○ 1.5時間毎(8回)	—	○ 1.5時間毎(8回)	—
食事介助	—	—	—	—
排泄介助	—	—	—	—
おむつ交換	—	—	—	—
おむつ代	—	—	—	—
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)	—	1時間 自費 1000円/回	—	1時間 自費 1000円/回
緊急時対応	○	—	○	—
オンコール対応	○	—	○	—
<生活サービス>				
居室清掃	○ 2回/週	左記以外 自費 1000円/回	○ 2回/週	左記以外 自費 1000円/回
リネン交換	○ 1回/週	左記以外 自費 1000円/回	○ 1回/週	左記以外 自費 1000円/回
日常の洗濯	○ 2回/週	左記以外 自費 1000円/回	○ 2回/週	左記以外 自費 1000円/回
居室配膳・下膳	○	—	○	—
嗜好に応じた特別食	—	○	—	○
おやつ	○	—	○	—
理美容	—	利用料実費	—	利用料実費
買物代行(通常の利用区域)	○ 1回/週	左記以外 自費 500円/回	○ 1回/週	左記以外 自費 500円/回
買物代行(上記以外の区域)	○ 1回/月	左記以外 自費 1000円/回	○ 1回/月	左記以外 自費 1000円/回
役所手続き代行	○ 証明書類は実費	—	○ 証明書類は実費	—
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 自費	—	年2回 実費
健康相談	○ 随時	—	○ 随時	—
生活指導・栄養指導	○ 随時	—	○ 随時	—
服薬支援	○ 随時	—	○ 随時	—
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 自費	—	随時 自費
医師の往診	—	随時 自費	—	随時 自費
<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)	—	1時間 自費 1000円/回	—	1時間 自費 1000円/回
入院中の洗濯物交換・買物	—	1時間 自費 1000円/回	—	1時間 自費 1000円/回
入院中の見舞い訪問	○	—	○	—
<その他サービス>				

施設名:ベル・ヴィ・ジェネラーズ時代

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	賃貸契約 2009年9月～2029年8月(20年間)
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	一般住宅転用の為
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合	準耐火
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	各居室・トイレ・浴室あり(脱衣室にはなし)
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	豊島区消防署との合意あり
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	
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で必要な要件を満たした場合は7.43㎡以上)であるか。	○ 適合	10. 4㎡、10. 6㎡の居室あり
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	2回実施/年
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	
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	3ヶ月以内の契約解除の場合は、一時金に該当するものは全額返還(入居者及び死亡退去者)

※ 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。