

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	ベスト・フレンズスイートホーム
定員・室数	9 人 ・ 3 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	相部屋あり

1 事業主体

名 称	法 人 等 の 種 別		営利法人	
	フリカミナ	ユウゲンカイシャベスト・フレンズ		
	名 称	有限会社ベスト・フレンズ		
主たる事務所の所在地	〒 143-0024			
	東京都大田区中央七丁目17番 1 9 号			
連 絡 先	電 話 番 号	03 (3778) 5892		
	ファックス番号	03 (3778) 5906		
ホ ー ム ペ ー ジ	「なし」			
代 表 者 職 氏 名	役職名	取締役社長	氏名	大川さわ子
設 立 年 月 日	平成11年5月28日			
主 な 事 業 等	介護事業（訪問介護）			

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	(有) ベスト・フレンズホームヘルプサービス	東京都大田区中央七丁目17番
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	フリカミナ	ベスト・フレンドスイートホーム			
		名 称	ベスト・フレンドスイートホーム			
所 在 地	〒 143-0024					
	東京都大田区中央七丁目17番19号					
連 絡 先	電 話 番 号		03 (3778) 5892			
	ファックス番号		03 (3778) 5906			
ホ ー ム ペ ー ジ		「なし」				
管 理 者 職 氏 名		役職名	施設長	氏名	大川さわ子	
事 業 開 始 年 月 日		平 成 11 年 5 月 28 日				
届 出 年 月 日		平 成 23 年 8 月 22 日				
届出上の開設年月日		平 成 23 年 9 月 16 日				
事 業 所 へ の ア ク セ ス		JR大森駅より東急バス池上営業所前下車徒歩3分				
施設・設備等の状況						
敷 地	権利形態		－	抵当権	あり	
	面 積		576.43 m ²			
建 物	権利形態		賃貸借	抵当権	あり	
	延床面積		1261.69 m ² うち有料老人ホーム分 294.86 m ²			
	竣工日		平 成 5 年 12 月 10 日			
	階 数	地上 5 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	耐火建築物		建築物用途区分		共同住宅・店舗・事業所・駐車場・工場
	併設施設等	あり （（有）ベスト・フレンドホームヘルプサービス）				
賃 貸 借 契 約 の 概 要		建物	契約期間	平成23年6月1日 ～ 令和13年5月31日		
			自動更新	なし 入居者との入居期間が、賃貸契約期間を超えることは、 できませんのでご了承下さい。		
居 室	階	定員	室数	面積		
	2階	2人	1	31.88 m ² ～ 31.88 m ²		
	2階	6人	1	81.02 m ² ～ 81.02 m ²		
	1階	1人	1	16.85 m ² ～ 16.85 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
居 室 内 の 設 備 等	便 所		全室あり		
	洗 面		全室あり		
	浴 室		一部あり		
	冷暖房設備		全室あり		
	電話回線		一部あり	(設置各自、料金負担も各自)	
	テレビアンテナ端子		全室あり	(設置各自、放送契約と料金負担も各自)	
共 同 便 所	1 箇所		(男女共用)		
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	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	0.2	
生活相談員						0人		
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			1		6	7人	1.2	
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				1		1人	0.2	
事務員						0人		
その他従業者				2		2人	0.1	
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			1		2			
実務者研修								
介護職員初任者研修					5			
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									
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 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					2						
3 年以上 5 年未満											
5 年以上10年未満					2						
10年以上				1	2						
合計		0	0	1	6	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		あり 原則は介護保険サービス利用
入浴介助サービス		あり 原則は介護保険サービス利用
排せつ介助サービス		あり 原則は介護保険サービス利用
口腔衛生管理サービス		あり 原則は介護保険サービス利用
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 原則は介護保険サービス利用
金銭管理サービス		あり
定期的な安否確認の方法	巡回（日中４回・夜間２回）・ナースコール	
施設で対応できる医療的ケアの内容	医療的ケアは対応できないが、厚生労働省が解釈通知に基づき、以下の行為は当該介護職員が実施している。体温測定・血圧測定・軽い切り傷・擦り傷・やけどなどの処置・爪切り・日常的な口腔ケア・耳垢そうじ・ストマ装置にたまった排泄物を捨てる・自己導尿カテーテルの準備・体位保持・市販浣腸を用いた浣腸・服薬確認	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	ファミリークリニック馬込
	所在地	東京都大田区中馬込２丁目２６番１５号
	協力の内容	診療科目；内・呼・循・外・腔・皮 利用者は実費負担ホームから3.3km 車で15分 訪問診療は月2回 緊急時24時間対応
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		なし（年回予定）
	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	入居者の家族と個別者の連絡体制の確保及び定期的に入居者や入居者の家族の要望を聞く機会の確保かつ当該措置の代替になるものと入居者へ説明
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	65歳以上
	要介護度	自立～要介護5
	医療的ケア	対応不可
	認知症	徘徊のある方は、原則不可ですが、要相談
	その他	伝染病・暴力をふるう方は、不可
身元引受人等の条件、義務等	身元引受人を定め、入居者の責務について連帯して履行の責を負う。必要な時は入居者の身柄を引き取る。入居者が死亡した場合は遺体及び遺留品の引き取りを行う。	
体験入居	利用期間	6泊7日
	利用料金	1泊 7,700円（宿泊費 5,500円 介護費 2,200円
	その他	食事 朝食 432円 昼食 540円 夕食 540円
入院時の契約の取扱い	入院中は日割計算で実費精算	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	施設全体で三つの要件（切迫性・非代替性・一時性）を全て満たしているか検討→確認・記録する。満たした場合は利用者本人や家族に施設長より詳細に説明し同意（書面）→拘束→常に観察・再検討（経過観察記録）→一時解除→解除	
事業者からの契約解除	死亡・利用者の遅延・禁止又は制限される行為を行う・医療等が必要になり入所が困難（医師の診断）	
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		ベスト・フレンド苦情相談窓口
	電話番号	03（3778）5892
	対応時間	9:00 ～ 18:00（月曜～土曜日）
窓口の名称2		大田区福祉部高齢計画課施設サービス係
	電話番号	03（5744）1258
	対応時間	9:00 ～ 17:00（月曜～金曜日 祝日を除く）
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（月曜～金曜日 祝日を除く）

賠償責任保険の加入	あり	保険の名称：賠償責任保険（三井住友海上）		
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：89.0 歳		入居者数合計：7 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
6 5 歳未満								
6 5 歳以上 7 5 歳未満								
7 5 歳以上 8 5 歳未満				2				
8 5 歳以上							3	2
合計	0	0	0	2	0	0	3	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	2		5				7	
男女別入居者数	男性：2 人		女性：5 人					
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）				78 % （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		1			
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		1			

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		200, 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	
			128, 360円	53, 700	7, 300	11, 000	45, 360	11, 000	
			138, 360円	63, 700	7, 300	11, 000	45, 360	11, 000	
			178, 360円	103, 700	7, 300	11, 000	45, 360	11, 000	
			128, 360円	53, 700	7, 300	11, 000	45, 360	11, 000	
各	前払金								
		「前払金なし」							

料 金 の 内 訳 ・ 明 細	家賃	Aプラン：53,700円（隣室の入居者の通り抜けがある）Bプラン：63,700円（隣室の入居者の通り抜けがない）201号室：103,700円		
	管理費	共益費 7,300円 共用部の維持管理費		
	介護費用	施設が提供するサービスの人件費 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。		
	食費	朝食 432 円・昼食 540 円・夕食 540 円 間食 0 円 1日当たり 1,512 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） 前日までに口頭で申し出る。キャンセルした分は請求しない。		
	光熱水費	11,000円 施設全体の電気代・ガス代・水道代に充当		
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5日までに請求し、原則として現金払いしていただく。		
その他留意事項	月額利用料の遅延が続くようなことがある場合、話し合いの結果、契約解除する場合がありますので留意下さい。			
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				
運営懇談会において双方の合意が成立した場合、料金改定を行います。				

【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	多床室Bプラン		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	200,000	0	138,360
※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

説明年月日

年 月 日

説明者職・氏名

職

署名

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▲
＜介護サービス＞				
巡回 日中	4回（○）	—	4回（○）	—
巡回 夜間	2回（○）	—	2回（○）	—
食事介助	（○）	—	（○）	▲
排泄介助	（○）	—	（○）	▲
おむつ交換	（○）	—	（○）	▲
おむつ代	—	実費負担	—	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	（○）	—	（○）	▲
口腔衛生管理	（○）	—	（○）	▲
機能訓練	—	—	—	—
通院介助（協力医療機関）	—	1時間2,200円	—	1時間2,200円
通院介助（上記以外）	—	1時間2,200円	—	1時間2,200円
緊急時対応	○	—	○	—
オンコール対応	○	—	○	—
＜生活サービス＞				
居室清掃	週2回は○	左記以外1回550円	週2回は○	左記以外1回550円
リネン交換	月2回は○	左記以外1回550円	月2回は○	左記以外1回550円
日常の洗濯	週2回は○	業者によるものは実費	週2回は○	業者によるものは実費
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	—	—	—	—
理美容	当介護スタッフのヘアーカットは○	理容店利用は実費	当介護スタッフのヘアーカットは○	理容店利用は実費
買物代行（通常の利用区域）	週1回は○	左記以外1回220円	週1回は○	左記以外1回220円
買物代行（上記以外の区域）	月1回は○	左記以外1回1100円	月1回は○	左記以外1回1100円
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	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に含むサービスに○	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	—	年2回実費	—	年2回実費
健康相談	○(介護スタッフ)	—	○(介護スタッフ)	—
生活指導・栄養指導	○(介護スタッフ)	—	○(介護スタッフ)	—
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	×	×	×	×
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>				

※(○)は外部の介護保険サービス利用を原則とするがサービス提供時間以外にサービスが必要になった時、対応

基準日：令和6年7月1日

施設名：ベスト・フレンドスイートホーム

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	
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	自動更新がないため
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		大田区まちづくり推進部建築調整課と是正協議いたしました。
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(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	・	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		相部屋であるがプライバシーの保護のためドア・襖・カーテン等で対応しています。
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：
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： %
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。