

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 施設名 | 第7シルバータウン |
| 定員・室数 | 156人 ・ 39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 | 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 | 特定施設入居者生活介護（一般型） |
| 居室区分 | 相部屋あり |
| 介護に関わる職員体制 | 3：1以上 |

1 事業主体

| | | | | |
|------------|---|------------------|----|-------|
| 名称 | 法人等の種別 | 営利法人 | | |
| | フリカナ | ハジメショウジユウゲンカシヤ | | |
| | 名称 | 白十商事有限会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 121-0062 | | |
| | | 東京都足立区南花畑4-20-18 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3884-7420 | | |
| | ファックス番号 | 03-3850-3037 | | |
| ホームページ | http:// なし | | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 苑田 博文 |
| 設立年月日 | 1980年（昭和55年）4月17日 | | | |
| 主な事業等 | 有料老人ホームの経営（9ヶ所） シルバータウン保木間（介護付有料老人ホーム） シルバータウン縁苑（介護付有料老人ホーム） 第3シルバータウン（介護付有料老人ホーム） 第5シルバータウン（住宅型有料老人ホーム） 第6シルバータウン（介護付有料老人ホーム） 第7シルバータウン（介護付有料老人ホーム） 第8シルバータウン（介護付有料老人ホーム） 第10シルバータウン（介護付有料老人ホーム） 第11シルバータウン（介護付有料老人ホーム） | | | |

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 | 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 | 8 | シルバータウン保木間 シルバータウン縁苑 第3シルバータウン 第6シルバータウン 第7シルバータウン 第8シルバータウン 第10シルバータウン 第11シルバータウン | 足立区保木間4-14-1 足立区西保木間2-5-16 足立区南花畑4-19-10 足立区南花畑2-12-12 足立区鹿浜1-21-5 足立区入谷8-1-20 足立区南花畑4-20-1 足立区舎人6-2-1 |
| 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 | 8 | シルバータウン保木間 シルバータウン縁苑 第3シルバータウン 第6シルバータウン 第7シルバータウン 第8シルバータウン 第10シルバータウン 第11シルバータウン | 足立区保木間4-14-1 足立区西保木間2-5-16 足立区南花畑4-19-10 足立区南花畑2-12-12 足立区鹿浜1-21-5 足立区入谷8-1-20 足立区南花畑4-20-1 足立区舎人6-2-1 |
| 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 | ダイシルバータウン | | | |
| | 名 称 | 第7シルバータウン | | | |
| 所 在 地 | 〒 | 123-0864 | 東京都足立区鹿浜1-21-5 | | |
| | | | | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 03-3857-8412 | | | |
| | ファックス番号 | 03-3857-8414 | | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http:// なし | | | | |
| 介護保険事業所番号 | 第1372102168号 | | | | |
| 管 理 者 職 氏 名 | 役職名 | ホーム長 | 氏名 | 菅野 千恵子 | |
| 事 業 開 始 年 月 日 | 平成 12 年 12 月 1 日 | | | | |
| 届 出 年 月 日 | 平成 12 年 7 月 5 日 | | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 12 年 12 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 12 年 12 月 1 日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 32 年 11 月 30 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 18 年 4 月 1 日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 36 年 3 月 31 日 まで | | | |
| 事業所へのアクセス | <p>●東武スカイツリーライン「西新井駅」の西口より、国際興業バス「赤羽駅東口(環七経由)」行きに乗車。8個目の「鹿浜3丁目交差点」(所要時間:約15分)下車、徒歩1分(約80m)です。</p> <p>●JR京浜東北線・東京メトロ南北線「王子駅」の北口より、都営バス「千住車庫前」行き又は「足立区役所」行きに乗車。ともに9個目の「鹿浜3丁目交差点」(所要時間:約18分)下車、徒歩2分(約160m)です。</p> <p>●JR京浜東北線・埼京線「赤羽駅」の東口より、国際興業バス「西新井駅(環七経由)」行き又は「舎人団地」行きに乗車。ともに10個目の「鹿浜3丁目交差点」(所要時間:約15分)下車、徒歩2分(約160m)です。</p> <p>●JR常磐線・つくばエクスプレス・東京メトロ千代田線・日比谷線「北千住駅」の西口より、足立区コミュニティバス「はるかぜ11号(堀之内・椿循環)」に乗車。15個目の「堀之内北公園入口」(所要時間:約30分)下車、徒歩2分(約170m)です。</p> | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 | なし | |
| | 面 積 | 1626.24 m ² | | | |
| 建 物 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 2991.06 m ² | うち有料老人ホーム分 2991.06 m ² | | |
| | 竣工日 | 平成 12 年 11 月 21 日 | | | |
| | 階 数 | 地上 6 階 地下 0 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 6 階 地下 0 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 有料老人ホーム | |
| | 併設施設等 | なし () | | | |
| 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 | | |
|----------|---------------------|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 2階 | 4人 | 8 | 36.33 m ² | ～ | 36.33 m ² |
| 3階 | 4人 | 8 | 36.33 m ² | ～ | 36.33 m ² | |
| 4階 | 4人 | 8 | 36.33 m ² | ～ | 36.33 m ² | |
| 5階 | 4人 | 8 | 36.33 m ² | ～ | 36.33 m ² | |
| 6階 | 4人 | 7 | 36.33 m ² | ～ | 36.33 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 | 6 箇所 (男女共用) | | |
| 浴室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：1 大浴槽：1 機械浴：2 | | |
| | 併設施設との共用 | | | なし () | | |
| 食堂 | 兼用 | | なし () | | | |
| | 併設施設との共用 | | | なし () | | |
| その他の共用施設 | あり (機能訓練室、談話室、屋上) | | | | | |
| エレベーター | あり 2 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 | 1.0 | |
| 生活相談員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| 看護職員：直接雇用 | 5 | | | 1 | | 6人 | 5.2 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | 16 | | | 11 | | 27人 | 29.3 | |
| 介護職員：派遣 | | | | 16 | | 16人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | 1 | | 1人 | 0.9 | |
| 計画作成担当者 | 2 | | | | | 2人 | 2.0 | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | | | | | | 0人 | | |
| 事務員 | 1 | | | | | 1人 | 1.0 | |
| その他従業者 | | | | | | 0人 | | |

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 39.5 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 | 4 | | | | |
| 実務者研修 | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | 7 | | | 4 | |
| 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 | | | 23 | |

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 | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | 1 | |
| はり師又はきゆう師 | | | | | |

③-3 管理者（施設長）の資格 介護福祉士 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 | 18 時 00 分～ 7 時 00 分 |
| 上記時間帯の職員配置数 | 介護職員 4 人以上 看護職員 0 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 | | | | | | | 2.7 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 | | 2 | 1 | 1 | 23 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | 1 | | 2 | 3 | 1 | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 2 | | | | | | 1 | |
| 5年以上10年未満 | | 2 | | 4 | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | 7 | 1 | | | | 1 | 1 | |
| 合計 | | 5 | 1 | 16 | 27 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 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 (直営の給食センターより提供) |
| 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 | ①介護職員による巡回頻度 昼間 (9:00~18:00) → 2回 夜間 (18:00~9:00) → 3回 ②その他見守りサービスの概要 看護、介護職員による常時の目配り |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 経管栄養 (胃ろう、経鼻)、在宅酸素、バルーンカテーテル、インスリン注射、褥瘡、ストーマ (人工肛門) 等は、施設の看護師により対応可能。 |

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 苑風会 苑風会病院 |
| | 所在地 | 足立区中央本町1-19-5 |
| | 協力の内容 | 協力診療科目の受診、治療、入院加療や夜間等における病状急変時の協力、健康相談、健康診断等。 治療費は、実費負担 ホームから医療機関までの距離：約4.5km 診療科目：内科、人工透析内科、腎臓内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、神経内科 |
| 協力医療機関(2) | 名称 | 医療法人社団 苑風会 さくらクリニック |
| | 所在地 | 足立区一ツ家1-15-10 |
| | 協力の内容 | 協力診療科目の受診、治療、夜間等における病状急変時の協力、健康相談、健康診断等。 治療費は、実費負担 ホームから医療機関までの距離：約5.4km 診療科目：内科、外科 |
| 協力医療機関(3) | 名称 | 社会医療法人社団 慈生会 等潤病院 |
| | 所在地 | 足立区一ツ家4-3-4 |
| | 協力の内容 | 協力診療科目の受診、治療、入院加療や夜間等における病状急変時の協力、健康相談、健康診断等。 治療費は、実費負担 ホームから医療機関までの距離：約5.8km 診療科目：内科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科、神経内科、消化器外科、消化器内科、肛門外科、呼吸器内科、循環器内科、リウマチ科、外科 (人工透析) |
| 協力歯科医療機関(1) | 名称 | 医療法人社団 苑風会 ライフ歯科クリニック |
| | 所在地 | 足立区南花畑1-7-8 六町ビル1階2階 |
| | 協力の内容 | 協力診療科目の受診、治療、健康相談、口腔衛生指導等。 治療費は、実費負担 ホームから医療機関までの距離：約7.3km 診療科目：歯科 |
| 協力歯科医療機関(2) | 名称 | 十条 岸クリニック |
| | 所在地 | 北区上十条2-23-5 |
| | 協力の内容 | 協力診療科目の受診、治療、健康相談、口腔衛生指導等。 治療費は、実費負担 ホームから医療機関までの距離：約5.4km 診療科目：歯科 |

| 介護保険加算サービス等 | |
|-----------------------------|--------------|
| 個別機能訓練加算 | なし |
| 夜間看護体制加算 | なし |
| 看取り介護加算 | なし |
| 医療機関連携加算 | なし |
| 認知症専門ケア加算 | なし |
| サービス提供体制強化加算 | なし |
| 介護職員処遇改善加算 | なし |
| 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 | なし |
| 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 | 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 | おおむね65歳以上。 |
| | 要介護度 | 自立・要支援・要介護。 |
| | 医療的ケア | 経管栄養（胃ろう、経鼻）、在宅酸素、バルーンカテーテル、インスリン注射、褥瘡、ストーマ（人工肛門）等は対応可能。 |
| | 認知症 | 対応可能。 |
| | その他 | なし |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元引受人をお一人定めて頂きます。身元引受人は、契約に基づく一切の債務（利用料の支払い等）について入居者と連帯して履行の責を負って頂くこととなります。又、契約の定めるところに従い事業者が必要と判断した時は、入居者の身柄をお引取り頂くこととなります。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 13泊14日まで |
| | 利用料金 | 1日8,640円（食費・介護サービス料込み） |
| | その他 | ご入居を検討されている方の体験入居が可能です。費用は介護保険適用外の為、全額自己負担となります。 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院が長期にわたった場合でも契約は存続致しますので退院後は入院前の居室に戻ることができます。なお、月額利用料（家賃・管理費・光熱水費）は入院により不在となる場合でも通常通り発生致します。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | <p>当ホームでは、ご入居者様の人格を尊重し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を一切行わないことを基本方針とします。</p> <p>身体拘束以外のあらゆる代替の介護方法を行っても、どうしても危険が回避できない状況にある場合に限り、必要最低限度の時間でのみ、例外的に身体拘束を実施する場合があります。</p> <p>この場合、身体拘束廃止委員会設置規定に基づき、施設内に設置した身体拘束廃止委員会にて切迫性、非代替性、一時性の三要件を満たす状態であるかについて十分な検討を行った後、ご家族様に身体拘束の内容、目的、理由、時間帯、期間等について十分な説明を行い、同意を得た上で実施します。</p> <p>実施中は、拘束方法、拘束実施時間帯、拘束実施時のご入居者様の心身の状況や拘束理由等を記録し、一時的に解除し状態観察を行う場合も同様に、解除時間帯、ご入居者様の心身の状況、解除理由や解除にむけて行った工夫（代替介護方法等）等を記録します。また、早期解除に向けて身体拘束廃止委員会設置規定に基づき、施設内に設置した身体拘束廃止委員会にて適宜検討をおこないます。</p> | |

| | |
|------------|--|
| 事業者からの契約解除 | <p>以下の場合には、1ヶ月の予告期間を取って契約を解除することがあります。</p> <p>①入居者の行動が他の入居者の生命又は身体に危害を及ぼす恐れがあり、且つ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止出来ない時。</p> <p>②入居申込書に虚偽の事項を記載する等の手段により入居した時。</p> <p>③管理費、その他の費用等の支払いを2ヶ月以上滞納した時、又はしばしば遅納する時。</p> <p>④身元引受人を立てない時。</p> <p>⑤入居契約に定めた条項に義務違反した時等。</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 | 入居者の身体的又は精神的な状況の変化がある場合、医師の判断を踏まえご本人の意思を確認し、身元引受人の同意を得て他の居室へお移り頂く場合があります。 |
| 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 | 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 | 第7シルバータウン 苦情相談責任者 (ホーム長) |
| 電話番号 | 03-3857-8412 |
| 対応時間 | 9時00分 ~ 18時00分 (定休日：なし) |
| 窓口の名称 2 | シルバータウン相談室 |
| 電話番号 | 03-3860-8755 |
| 対応時間 | 9時00分 ~ 18時00分 (定休日：日曜、祝日、年末年始) |
| 窓口の名称 3 | 東京都国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | 03-6238-0177 |
| 対応時間 | 9時00分 ~ 17時00分 (定休日：土曜、日曜、祝日、年末年始) |

賠償責任保険の加入 あり 保険の名称：介護保険・社会福祉事業者総合保険 (あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)

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： 84.7 歳 | | | 入居者数合計： 95 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 | | | | 3 | 5 | 1 | | 1 | |
| 75歳以上85歳未満 | | 2 | | 4 | 2 | 8 | 5 | 5 | |
| 85歳以上 | 1 | 1 | 1 | 5 | 8 | 15 | 16 | 12 | |
| 合計 | 1 | 3 | 1 | 12 | 15 | 24 | 21 | 18 | |
| 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 | 24 | 15 | 43 | 12 | 1 | | 95 | | |
| 男女別入居者数 | 男性： 35 人 | | | 女性： 60 人 | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 61 % （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 | 3 | | | 医療機関への入院 | 1 | | | | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | | | 死亡 | 32 | | | | |
| 介護療養型医療施設へ転居 | | | | その他 | 1 | | | | |
| 他の有料老人ホームへ転居 | | | | 退去者数合計 | 37 | | | | |

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 | 170,000 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 |
| 名称無し | 0円 | 85,000円 | 30,000 | 33,000 | 0 | 12,000 | 10,000 |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |
| | | 0円 | | | | | |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | 前払金なし | | | | | |
| | 家賃 | 居室及び共用施設の整備費、維持費、修繕費等 | | | | | |
| | 管理費 | 事務経費、各種サービスに係る人件費等 | | | | | |
| | 介護費用 | なし ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | | | |
| | 食費 | 朝食 120 円・昼食 120 円・夕食 120 円 間食 40 円 1日当たり 400 円 × 30日で積算 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 2週間前までに所定の用紙にて申請することにより、日割計算で返金いたします。 | | | | | |
| | 光熱水費 | ホーム全体の光熱水費を勘案して算出 | | | | | |

| | |
|-----------------------|------------------|
| 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 | なし |
| | 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 | なし 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 | 当月分を前月末日までに当ホームの指定の口座にお振込み頂きます。 |
| その他留意事項 | 原則として、現金及び口座振替による取り扱いはしておりません。 |

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 $c=(a+b) \times d$ 小数点以下四捨五入 | 総単位数 $e=a+b+c$ | 介護報酬 $f=e \times \text{地域別単価}$ 小数点以下切捨て | 自己負担額 $g=f \times 0.1$ 小数点以下切上げ |
|------|-----------|---------|---|-------------------|---|---------------------------------------|
| 要支援1 | 5,400 | 0 | 0 | 5,400 | 58,860円 | 5,886円 |
| 要支援2 | 9,270 | 0 | 0 | 9,270 | 101,043円 | 10,105円 |
| 要介護1 | 16,020 | 0 | 0 | 16,020 | 174,618円 | 17,462円 |
| 要介護2 | 17,970 | 0 | 0 | 17,970 | 195,873円 | 19,588円 |
| 要介護3 | 20,040 | 0 | 0 | 20,040 | 218,436円 | 21,844円 |
| 要介護4 | 21,960 | 0 | 0 | 21,960 | 239,364円 | 23,937円 |
| 要介護5 | 24,000 | 0 | 0 | 24,000 | 261,600円 | 26,160円 |

| | 加算の種類 | 単位・割合 | 算定 | 備考 |
|---|---------------|-------|----|-------|
| b | 個別機能訓練加算 | 0/日 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 0/日 | なし | 要介護のみ |
| | 看取り介護加算 | 0/日 | なし | 対象者のみ |
| | 医療機関連携加算 | 0/月 | なし | 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 | 0/日 | なし | |
| | 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/月 | なし | 対象者のみ |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 0/月 | なし | |
| d | 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/月 | なし | 対象者のみ |
| d | 介護職員処遇改善加算 | 0.00% | なし | |

当ホームの地域別単価は10.9です。(足立区)

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

人件費、諸物価等の変動に基づき、運営懇談会時に意見を聴いて決定します。

【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 | 名称無し | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 170,000 | 0 | 85,000 |

※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 | 公開していない |
| 事業収支計画書 | 入居希望者に公開 | 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 _____

施設名：第7シルバータウン

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 | ○ 非該当 土地・建物ともに事業所を運営する法人が所有しているため該当なし。 |
| 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 |
| 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 ただし、開設時の東京都有料老人ホーム設置運営指導指針に適合 |
| 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 ただし、開設時の東京都有料老人ホーム設置運営指導指針に適合 |
| 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 | ○ 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 | ○ 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 | ○ 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。

介護サービス等の一覧表

| 介護を行う場所 | (自 立) | | (要支援Ⅰ～Ⅱ、要介護Ⅰ～Ⅱ 区分) | | (要介護Ⅲ～Ⅴ区分) | |
|--|------------------------|------------------|---|------------------|---|------------------|
| | 居室 月額利用料に 含むサービス | その都度徴収 するサービス | 居室 介護保険給 付、及び月額 利用料を含む サービス | その都度徴収 するサービス | 居室 介護保険給 付、及び月額 利用料を含む サービス | その都度徴収 するサービス |
| <介護サービス> ○巡回 ・昼間9時～18時 ・夜間18時～9時 ○食事介助 | 2回 3回 | — — | 2回 3回 食事の都度一 部介助 | — — — | 2回 3回 食事の都度一 部介助及び全 面介助 | — — — |
| ○排泄介助 | — | — | トイレでの排 泄の都度一部 介助 | — | 〔 毎日5回及び 随時全面介助 〕 | — |
| ○おむつ交換 | — | — | 必要に応じて 一部介助 | — | | — |
| ○おむつ代 | — | — | — | 実費 | — | 実費 |
| ○入浴(一般浴) ・清拭 | — | — | — | — | 〔 週2回入浴及び 清拭の機会 の提供時、 全面介助 〕 | — |
| ・介助 | 週2回入浴時付 添 | — | 週2回入浴時一 部介助 | — | | — |
| ○特浴介助 | — | — | — | — | — | — |
| ○身辺介助 ・体位交換 | — | — | — | — | 毎日8回及び随 時のおむつ交 換時 | — |
| ・居室からの移動 | — | — | 杖又は歩行器 で移動を介助 | — | 車椅子での移 動を介助 | — |
| ・衣類の着脱 | — | — | 毎日朝・夜及 び入浴時に一 部介助 | — | 毎日朝・夜及 び入浴時に全 面介助 | — |
| ・身だしなみ介助 | — | — | 毎日朝・夜及 び入浴時に一 部介助 | — | 毎日朝・夜及 び入浴時に全 面介助 | — |
| ○機能訓練 | — | — | ケアプランに よる | — | ケアプランに よる | — |
| ○通院介助 (協力医療機関) | 必要に応じて 随時 | — | 必要に応じて 随時 | — | 必要に応じて 随時 | — |
| ○通院介助 (上記以外) | — | — | — | — | — | — |
| ○緊急時対応 ・ナースコール | 24時間対応 | — | 24時間対応 | — | 24時間対応 | — |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <p><生活サービス></p> <p>○居室清掃</p> <p>○リネン交換</p> <p>○日常の洗濯</p> <p>○居室配膳・下膳</p> <p>○嗜好に応じた特別食</p> <p>○おやつ</p> <p>○理美容</p> <p>○買物代行（通常の利用区域）</p> <p>○買物代行（上記以外の区域）</p> <p>○役所手続き代行</p> <p>○金銭・預金管理</p> | <p>毎日</p> <p>2回/週</p> <p>毎日</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>7回/週</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> | <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>2,590円/回</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> | <p>毎日</p> <p>2回/週</p> <p>毎日</p> <p>食事の都度</p> <p>—</p> <p>7回/週</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> | <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>2,590円/回</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> | <p>毎日</p> <p>2回/週</p> <p>毎日</p> <p>食事の都度</p> <p>—</p> <p>7回/週</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> | <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>2,590円/回</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> |
| <p><健康管理サービス></p> <p>○定期健康診断</p> <p>○健康相談</p> <p>○生活指導・栄養指導</p> <p>○服薬支援</p> <p>○生活リズムの記録（排便・睡眠等）</p> <p>○医師の訪問診療</p> | <p>—</p> <p>随時（看護職員）</p> <p>随時（生活相談員・直営給食センターの栄養士）</p> <p>随時</p> <p>毎日</p> <p>—</p> | <p>2回/年</p> <p>5,400円/回</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>週1回及び随時医療保険給付の自己負担相当分</p> | <p>2回/年</p> <p>随時（看護職員）</p> <p>随時（生活相談員・直営給食センターの栄養士）</p> <p>随時</p> <p>毎日</p> <p>—</p> | <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>週1回及び随時医療保険給付の自己負担相当分</p> | <p>2回/年</p> <p>随時（看護職員）</p> <p>随時（生活相談員・直営給食センターの栄養士）</p> <p>随時</p> <p>毎日</p> <p>—</p> | <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>週1回及び随時医療保険給付の自己負担相当分</p> |
| <p><入退院時、入院中のサービス></p> <p>○移送サービス</p> <p>○入退院時の同行（協力医療病院）</p> <p>○入退院時の同行（上記以外）</p> <p>○入院中の洗濯物交換・買物</p> <p>○入院中の見舞い訪問</p> | <p>協力医療機関のみ</p> <p>随時</p> <p>—</p> <p>洗濯物交換は必要に応じて随時</p> <p>—</p> | <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> | <p>協力医療機関のみ</p> <p>随時</p> <p>—</p> <p>洗濯物交換は必要に応じて随時</p> <p>—</p> | <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> | <p>協力医療機関のみ</p> <p>随時</p> <p>—</p> <p>洗濯物交換は必要に応じて随時</p> <p>—</p> | <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> |
| <p><その他サービス></p> | | | | | | |