

重要事項説明書

| | |
|-------|--------------|
| 施設名 | シルバービレッジ八王子西 |
| 定員・室数 | 56 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） | |
| 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 | 特定施設入居者生活介護（一般型） | |
| 居室区分 | 定員： 1～2人（親族を対象） | 相部屋の有無： あり |
| 介護に関わる職員体制 | 2.5:1以上 | |

1 事業主体

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------|------|-------|
| 名 称 | 法人等の種別 | | 営利法人 | |
| | フリカ'ナ | 加'シガ'イヤシバ'ビレッジ | | |
| | 名 称 | 株式会社シルバービレッジ | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 192-0005 | 東京都八王子市宮下町500番 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | 0 4 2 - 6 9 1 - 8 3 2 5 | | |
| | ファックス番号 | 0 4 2 - 6 9 2 - 0 0 1 8 | | |
| ホ ー ム ペ ー ジ | http://www.silvervillage.co.jp | | | |
| 代 表 者 職 氏 名 | 役職名 | 代表取締役 | 氏名 | 石井 征二 |
| 設 立 年 月 日 | 1985年10月12日（昭和62年10月12日） | | | |
| 主 な 事 業 等 | 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 | シルバービレッジいちよの杜 | 八王子市暁町1-47-1 |
| 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 | 3 | シルバービレッジ日野 | 日野市日野1458 |
| 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 | なし | | |
| 居宅介護支援 | 1 | シルバービレッジいちよの里 | 八王子市暁町1-47-1 |

| <居宅介護予防サービス> | | | |
|------------------|----|----------------|--------------|
| 介護予防訪問介護 | 1 | シルバービレッジいちょうの社 | 八王子市暁町1-47-1 |
| 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 | | |
| 介護予防通所介護 | 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 | 3 | シルバービレッジ日野 | 日野市日野1 4 5 8 |
| 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 | 1 | シルバービレッジいちょうの里 | 八王子市暁町1-47-1 |
| <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 | | |

2 事業所概要

| | | | | | |
|---------------------|---|--|---------|----------------------|------------------------|
| 名 称 | フリカナ 名称 | シルバービレッジ八王子西 | | | |
| 所在地 | 〒 192-0005 | 東京都八王子市宮下町500 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 042-691-8325 | | | |
| | ファックス番号 | 042-692-0018 | | | |
| ホームページ | http://www.silvervillage.co.jp | | | | |
| 介護保険事業所番号 | 東京都 1372900702号 | | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 施設長 | 氏名 | 田中 昇 | |
| 事業開始年月日 | 平成 2 年 7 月 31 日 | | | | |
| 届出年月日 | 平成 2 年 3 月 31 日 | | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成 2 年 7 月 31 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 4 月 1 日 | | | |
| | 指定の有効期間 | 平成 27 年 5 月 31 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 27 年 5 月 31 日まで | | | |
| 事業所へのアクセス | JR中央線「八王子駅」又は、京王線「京王八王子駅」下車バス30分(6km) 「戸吹行」又は「杏林大学行」「宮下」又は「東宮下」下車徒歩3分(50m) | | | | |
| 施設・設備等の状況 | | | | | |
| 敷 地 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 | あり | |
| | 面積 | 765.63 m ² うち有料老人ホーム分 765.63 m ² | | | |
| 建 物 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 | なし | |
| | 延床面積 | 1489.99 m ² うち有料老人ホーム分 1489.99 m ² | | | |
| | 階 数 | 地上 4 階 | | 地下 0 階 | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 4 階 | | 地下 0 階 | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 6項口 老人ホーム | |
| 併設施設等 | なし () | | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 契約期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | |
| | 自動更新 | | | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 2階 | 1人 | 5 | 15.93 m ² | ~ 15.93 m ² |
| | 2階 | 2人 | 1 | 26.73 m ² | ~ 26.73 m ² |
| | 2階 | 4人 | 4 | 31.86 m ² | ~ 31.86 m ² |
| | 3階 | 1人 | 14 | 15.93 m ² | ~ 15.93 m ² |
| | 3階 | 2人 | 2 | 26.64 m ² | ~ 26.73 m ² |
| | 4階 | 1人 | 10 | 15.93 m ² | ~ 16.88 m ² |
| | 4階 | 2人 | 2 | 26.73 m ² | ~ 31.86 m ² |
| | 4階 | 4人 | 1 | 31.86 m ² | ~ 31.86 m ² |
| 一時介護室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | | | | m ² | ~ m ² |
| 便 所 | 居室 | 全室設置 | 共同便所 | 3 箇所 (男女共用) | |
| | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：0 大浴槽：1 機械浴：1 | |
| 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 () | |
| | あり (各階ホール・機能回復訓練室・喫茶コーナー・相談室) | | | エレベーター・屋上・駐車場 | |
| 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 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | | |
| 管理者（施設長） | 1 | | | | | | 1人 | 1.00 | | | | |
| 生活相談員 | 1 | | | | | | 1人 | 1.00 | | | | |
| 看護職員：直接雇用 | 2 | | | | | | 2人 | 2.00 | | | | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | | 0人 | | | | | |
| 介護職員：直接雇用 | 16 | 1 | 3 | 2 | | | 22人 | 20.00 | 計画作成担当者兼任 | | | |
| 介護職員：派遣 | | | | | | | 0人 | | | | | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | | | 1人 | 1.00 | | | | |
| 計画作成担当者 | | 1 | | | | | 1人 | 0.50 | 介護職員兼任 | | | |
| 栄養士 | | | 2 | | | | 2人 | | | | | |
| 調理員 | | | 7 | | | | 7人 | | | | | |
| 事務員 | 3 | | 1 | | | | 4人 | 3.80 | | | | |
| その他従業者 | | | 1 | 2 | | | 3人 | 1.10 | | | | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | | 38.5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 | 専従 | 非専従 | | | | | | |
| 介護福祉士 | 7 | 1 | 1 | | | | | | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | | | | | | | | | |
| 2級 | 7 | | 2 | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | | | | | | | | | | |
| 資格なし | 2 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | 1 | | | | | | | | | | | |
| 柔道整復士 | | | | | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 19時30分～6時0分 | | | | | | | | |
| 上記時間帯の職員数（休憩者除く） | | | | 介護職員 2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 | 専従 | 非専従 | | | | | | |
| 生活相談員 | | | | | | | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | | | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | | | | | | | |

| 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 | 専従 | 非専従 | | | | | | |
| 介護福祉士 | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | | | | | | | | | |
| 2級 | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | | | | | |
| 柔道整復士 | | | | | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 2.2 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 | 常勤 | 非常勤 |
| 1年未満 | 2 | | | | | | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | 4 | 1 | | | 1 | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | 2 | | | | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | 3 | 2 | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | 9 | | 1 | | | | | 1 | | |
| 合計 | 2 | 0 | 18 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | | 1 | | 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 (委託) |
| 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 (年2回の健康診断実施) | | 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 | 安否確認を行います。 昼間 9時から17時は随時 夜間 17時から9時 5回 (本人の同意を得た上でを行います) | |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 経管栄養・胃瘻・吸引対応・導尿・膀胱洗浄・在宅酸素療法・褥創処置 対応できる時間帯 08:30~19:00 (在宅酸素療法は終日対応です) | |
| 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 康明会 康明会ホームケアクリニック |
| | 所在地 | 東京都日野市日野1451-1 |
| | 協力の内容 | 診察のための医師の派遣、日常の健康相談 |
| 協力医療機関 (2) | 名称 | 医療法人財団 興和会 右田病院 |
| | 所在地 | 東京都八王子市暁町1-48-18 |
| | 協力の内容 | 診察のための医師の派遣、日常の健康相談、外来診療、入院治療 |
| 協力医療機関 (3) | 名称 | 医療法人社団 永生会 永生病院 |
| | 所在地 | 東京都八王子市桐田町583-15 |
| | 協力の内容 | 外来診療、入院治療 |
| 協力医療機関 (4) | 名称 | 医療法人社団 和風会 多摩リハビリテーション病院 |
| | 所在地 | 東京都青梅市長淵9-1412-4 |
| | 協力の内容 | 診察のための医師の派遣、理学療法士の派遣 |
| 協力医療機関 (5) | 名称 | 医療法人社団 徳成会 八王子山王病院 |
| | 所在地 | 東京都八王子市中野山王2-15-16 |
| | 協力の内容 | 外来診療、入院治療 |
| 協力医療機関 (6) | 名称 | 医療法人財団 立川中央病院 |
| | 所在地 | 東京都立川市柴崎町2-17-14 |
| | 協力の内容 | 外来診療、入院治療 |
| 協力医療機関 (7) | 名称 | 医療法人社団 回心会 回心堂第二病院 |
| | 所在地 | 東京都日野市万願寺2-34-3 |
| | 協力の内容 | 外来診療、入院治療 |
| 協力医療機関 (8) | 名称 | 医療法人社団 明生会 セントラル病院 |
| | 所在地 | 東京都渋谷区松濤2-18-1 |
| | 協力の内容 | 外来診療、入院治療 |
| 協力医療機関 (9) | 名称 | 医療法人社団 珠泉会 いなメディカルクリニック |
| | 所在地 | 東京都あきる野市伊奈447-1 |
| | 協力の内容 | 診察のための医師の派遣、外来診療 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 斉藤歯科クリニック |
| | 所在地 | 東京都渋谷区神南1-12-16 和光ビル3階 |
| | 協力の内容 | 歯科の訪問診療 |
| 介護保険加算サービス等 | | |
| 個別機能訓練加算 | | あり |
| 夜間看護体制加算 | | あり |
| 看取り介護加算 | | あり |
| 医療機関連携加算 | | あり |
| 介護職員処遇改善加算 | | あり |
| 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) |
| 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 | 高齢者（限定はなし） |
| | 要介護度 | 限定なし |
| | 医療的ケア | 自宅療養の可能な状態なら入居可 |
| | 認知症 | 入居可 |
| | その他 | |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 身元保証人を1人以上定めていただきます。ただし、成年後見人等が代理を務めることができます。 身元保証人は、契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、必要なときは、入居者の身柄を引き取るものとします。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 3泊4日まで |
| | 利用料金 | 1泊 ¥5,250円（食事・介護サービスつき） |
| | その他 | 4泊目より、10泊まで延泊が可能です。1泊につき¥10,500円 |
| 入院時の契約の取扱い | 入院中も居室の権利は存続します。退院後は自室に戻り生活が可能です。 入院期間が連続して15日以上不在の場合は、管理費の返還が発生します（日割りし不在日数分の20%相当額）。食費は召し上がらなかった分すべてを返金いたします。（朝食450円・昼食680円・夕食680円） 光熱水費については利用実績のない月に関しては全額返金いたします | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 基本的方針は、介護保険法に則り身体拘束は行いません。が、入居者の生命又は身体を保護するため、切迫性・非代替性・一時性の3要件より総合的に判断し、行動の制限を行う以外安全の確保が認められず身体拘束を行う場合には、主治医、看護職員、介護職員、計画作成担当者、生活相談員等で、充分協議を行い身元保証人等と面談にて「説明書」をもって身体拘束の理由・方法・期間（最長1ヶ月）の説明を行い、承諾を得ます。日々の記録をとり、拘束排除への検討会を毎週開催します。結果を身元保証人に書面をもって報告いたします。 | |
| 施設からの契約解除 | 以下の場合、3ヶ月以上の予告期間をおいて、契約を解除することがあります。 ・入居契約書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由無く2ヶ月以上滞納したとき ・入居契約書第20条の規定に違反したとき ・行動が他の入居者または、従業員の生命に害を及ぼし、かつ有料老人ホームにおける通常の介護、処遇方法ではこれを防止することができないとき | |
| 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 | 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 | 入居者または、身元保証人より居室変更の希望があった場合、現在の契約を終了し、新たに子房する居室にて契約を取り交わすことで可能とします。 | |
| 提携ホーム等への転居 | なし | |
| 判断基準・手続 | 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 | 生活相談員、もしくは施設長 | | |
| 電話番号 | 042-691-8325 | | |
| 対応時間 | 9時～17時 | | |
| 窓口の名称 2 | 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～17時 | | |
| 窓口の名称 3 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 対応時間 | | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称：普通傷害保険 | | |
| 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： 82.9 歳 | 入居者数合計： 50 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 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 3 | 1 | 1 | 8 | 6 | 1 | 2 | 2 |
| 85歳以上 | 1 | 1 | 0 | 7 | 4 | 3 | 5 | 0 |
| 合計 | 5 | 3 | 1 | 15 | 13 | 4 | 7 | 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 | 12 | 3 | 20 | 12 | 2 | 1 | 50 |

| | | |
|---------|----------|----------|
| 男女別入居者数 | 男性： 15 人 | 女性： 30 人 |
|---------|----------|----------|

| | |
|------------------------|-------------------|
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | 79 % （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 | | 退去者数合計： 11 人 | | | | | | | |
| 理由 \ 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 | |
| 自宅・家族同居 | | | | | | | | | |
| 介護老人福祉施設（特養等）へ転居 | | | | | | | | | |
| 介護老人保健施設へ転居 | | | | | | | | | |
| 介護療養型医療施設へ転居 | | | | | | | | | |
| 他の有料老人ホームへの転居 | | | | | | | | | |
| その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居 | | | | 1 | | | | | |
| 医療機関（入院） | | | | | | 1 | | | |
| 死亡 | | 1 | | | 2 | 1 | 2 | 2 | |
| その他 | | | | 1 | | | | | |
| 合計 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |

6 利用料金

| | | | | | | | |
|-------------|----------------------------------|---|---------|---------|------|--------|-------|
| 入居準備費用 | なし | | 円 | | | | |
| 内訳・明細 | | | | | | | |
| 支払日・支払方法 | | | | | | | |
| 解約時の返還 | | | | | | | |
| 敷金・保証金 | 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金額返還する。 | | | | | | |
| 家賃及びサービスの対価 | 単位：円 | | | | | | |
| プランの名称 | 前払金 | 月額利用料 | (内訳) | | | | |
| | | | 家賃相当額 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 |
| 多床室入居契約 | 3,000,000 | 151,000 | 31,500 | 54,500 | ※ | 63,000 | 2,000 |
| 個室A入居契約 | 7,000,000 | 198,000 | 63,000 | 66,000 | ※ | 63,000 | 6,000 |
| 個室B入居契約 | 8,500,000 | 208,500 | 63,000 | 76,500 | ※ | 63,000 | 6,000 |
| 特別室A入居契約 | 16,000,000 | 285,000 | 126,000 | 90,000 | ※ | 63,000 | 6,000 |
| 特別室B入居契約 | 20,000,000 | 298,500 | 126,000 | 100,500 | ※ | 63,000 | 9,000 |
| 各料金の内訳・明細 | 前払金 | <p>前払金は権利金で家賃相当額は含まれておりません。</p> <p>(権利金の説明) 施設設備の協力金で、専用居室、共用施設・設備の利用権取得のための費用です。</p> <p>(老人福祉法第29条第6項経過措置期間の料金の説明)</p> <p>毎払金の権利金は入居と同時に償却されます。 上記の償却方式は、老人福祉法附則第十条第3項による、平成27年3月31日までの経過措置です。</p> | | | | | |
| | 家賃相当額 | <p>多床室 31,500 個室 63,000円 特別室 126,000円</p> <p>*月額家賃単価の月払い相当額で専用居室の家賃相当額です。</p> | | | | | |
| | 管理費 | <p>多床室 54,500円 個室 66,000円～76,500円 特別室 90,000円～100,500円</p> <p>共用設備等の維持管理費、事務局管理部門の人件費、事務費、生活サービス等に係る人件費等から構成されます。</p> | | | | | |
| | 介護費用 | <p>認定結果が自立の方及び、未認定の方は生活支援費 21,000円を徴収いたします。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p> | | | | | |
| | 食費 | <p>朝食 450円・昼食 680円・夕食 680円 間食 円</p> <p>1日当たり 1,810円 ×30日で積算</p> <p>厨房管理運営費 8,700円など</p> <p>*特別室に、お二人でご入居の場合は、食費は二人分となります。</p> | | | | | |
| | 光熱水費 | <p>多床室 2,000 個室 6,000円 特別室 9,000円</p> <p>光熱水費は、専用居室部分の使用料試算額全体を入居者数で按分し算出しています。</p> | | | | | |

| 前払金の取扱い | | | |
|-----------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| 支払日・支払方法 | 前払金は、契約と同時に事業者が指定する金融機関の口座にお振込み頂きます。 | | |
| 償却開始日 | 入居した日を償却の開始日とします。 | | |
| 返還対象としない額 | 前払金 | | |
| | 位置づけ | 権利金等として受領（平成27年3月31日までの経過措置） | |
| 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 | |
| | 入居した日から3ヶ月以内において、入居者の解約の申し出がなされた場合若しくは入居契約書第28条第一号の死亡された場合は、居室明け渡し日までの入居契約書第2条に定める目的施設の利用の対価として、入居契約書第31条に定める通常の使用に伴い生じた居室の損耗を除き、居室を原状回復するための費用を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。事業者は、居室の明け渡しを受けた後90日以内に、受領済みの前払金全額から原状回復に要する費用を差し引いた額を無利息で入居者に返還することとします。 | | |
| 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 | 前払いです。翌月分の月額利用料を月末までに指定した金融機関にお振込み頂きます。 | | |
| その他留意事項 | 月額利用料には消費税が含まれており総額表示をしています。 | | |
| | 日用品費：日用品費は日々の生活の中で使用する消耗品 ティッシュ・トイレトペーパー、電球、ペーパータオルの費用です。 月額1,400円 *特別室に、お二人でご入居の場合は、日用品費は二人分となります。 | | |
| 短期解約（死亡退去含む）の返金の算定方式 | 期間：3か月 | 起算日：入居した日 | |
| | 入居した日から3ヶ月以内において、入居者の解約の申し出がなされた場合若しくは入居契約書第28条第一号の死亡された場合は、居室明け渡し日までの入居契約書第2条に定める目的施設の利用の対価として、入居契約書表題部（7）に定める1日あたりの金額（滞在費といいます）を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。事業者は、居室の明け渡しを受けた後90日以内に、受領済みの月払いの利用料の全額から滞在費・介護費用（自立の方）を差し引いた額を無利息で入居者に返還することとします。 なお、介護保険に定める介護サービス費の自己負担額、介護サービス等の一覧表に定める有償サービス費については、別途お支払頂きます。 | | |
| | 契約別滞在費 （1日あたり） | 月額利用料分 | 月額利用料内の介護費用 生活支援費追加分（自立者） |
| | 多床室契約 | ¥5,000 | ¥700 |
| | 個室A入居契約 | ¥6,600 | ¥700 |
| | 個室B入居契約 | ¥6,950 | ¥700 |
| | 特別室A入居契約 | ¥8,000 | ¥700 |
| 特別室B入居契約 | ¥11,100 | ¥700 | |

| 介護保険サービスの自己負担額 30日換算で表示 ※要介護度に応じて利用料の1割を負担する。 | | | | | | | | | |
|---|-----------|--------|------|-------|------|----------------------|-----------------|--------------------|------------------|
| 介護度 | 基本単位 a | 加算内訳 b | | | | 処遇改善加算 c=(a+b)×3% | 総単位数 d=a+b+c | 介護報酬額 e=d×地域別単価 | 自己負担額 f=e×0.1 |
| | | 機能訓練 | 夜間看護 | 看取り介護 | 医療連携 | | | | |
| 要支援1 | 5,880 | 360 | | | 80 | 190 | 6,510 | ¥68,029 | ¥6,803 |
| 要支援2 | 13,590 | 360 | | | 80 | 421 | 14,451 | ¥151,012 | ¥15,102 |
| 要介護1 | 16,800 | 360 | 300 | | 80 | 526 | 18,066 | ¥188,789 | ¥18,879 |
| 要介護2 | 18,840 | 360 | 300 | | 80 | 587 | 20,167 | ¥210,745 | ¥21,075 |
| 要介護3 | 21,000 | 360 | 300 | | 80 | 652 | 22,392 | ¥233,996 | ¥23,400 |
| 要介護4 | 23,040 | 360 | 300 | | 80 | 713 | 24,493 | ¥255,951 | ¥25,596 |
| 要介護5 | 25,140 | 360 | 300 | | 80 | 776 | 26,656 | ¥278,555 | ¥27,856 |

注) 看取り介護加算が算定されると介護度に関係なく最大4,800単位が加算されます。
 およそ¥5,200ほど自己負担額が増えることになります。

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
 費用の改定に当たっては、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、改訂するものとします。

【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 | 個室C入居契約 | | |
|--------|---------|-----------|---------|
| | 単位：円 | | |
| 入居準備費用 | 敷金(保証金) | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 0 | 8,500,000 | 208,500 |

※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。

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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> _____ 年 月 日 </div> | 説明者職・氏名 |
| 署名 _____ 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、生活支 援費を含む月額利用料 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 | ○随時 | | ○随時 | |
| 巡回 夜間 | ○5回 | | ○5回 | |
| 食事介助 | ○ | | ■ | |
| 排泄介助 | ○ | | ■ | |
| おむつ交換 | ○ | | ■ | |
| おむつ代 | | 1回170円 1日750円 | | 1回170円 1日750円 |
| 入浴(一般浴)介助 | ○週3回(介助なし) | | ○週3回(介助なし) ■介助入浴は週2回 | |
| 清拭 | ○身体状態により実施 | | ■ | |
| 特浴介助 | ○身体状態により週2 回実施 | | ■週2回実施 | |
| 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 | ○ | 専門リハビリ1月5250円 | ■ | 専門リハビリ1月5250円 |
| 通院介助 (協力医療機関) | ○ | | ○ | |
| 通院介助 (上記以外) | | 送迎サービス費 | | 送迎サービス費 |
| 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 | ○週1回 | | ■週1回 | |
| 日常の洗濯 | ○ | ドライクリーニングは実費 負担 | ■ | ドライクリーニングは実費 負担 |
| 居室配膳・下膳 | ○ | | ■ | |
| 嗜好に応じた特別食 | ○ | | ○ | |
| おやつ | ○昼食喫食者のみ提 供 | | ○昼食喫食者のみ提供 | |
| 理美容 | | 月1回 実費負担 | | 月1回 実費負担 |

| 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、生活支 援費を含む月額利用料 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▲ |
| サービス | | | | |
| 買物代行(通常の利用区域) | ○週1回八王子市内 | | ○週1回八王子市内 | |
| 買物代行(上記以外の区域) | | 送迎サービス費 | | 送迎サービス費 |
| 役所手続き代行 | ○八王子市内 | 市外は送迎サービス費 | ○八王子市内 | 市外は送迎サービス費 |
| 金銭・預金管理 | ○ | | ○ | |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | ○年2回 | | ○年2回 | |
| 健康相談 | ○ | | ○ ■状態により実施 | |
| 生活指導・栄養指導 | ○ | | ○ ■状態により実施 | |
| 服薬支援 | ○ | | ○ ■状態により実施 | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | ○状態により実施 | | ■状態により実施 | |
| 医師の往診 | | 週1回 費用は自己負担 | | 週1回 費用は自己負担 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | ○提携医療機関 | 提携医療機関以外は 送迎サービス費 | ○提携医療機関 | 提携医療機関以外は 送迎サービス費 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | ○ | | ○ | |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 送迎サービス費 | | 送迎サービス費 |
| 入院中の洗濯物交換・買物 | ○提携医療機関 物品代金は自己負担 | 提携医療機関以外は 送迎サービス費 | ○提携医療機関 物品代金は自己負担 | 提携医療機関以外は 送迎サービス費 |
| 入院中の見舞い訪問 | ○提携医療機関 | 提携医療機関以外は 送迎サービス費 | ○提携医療機関 | 提携医療機関以外は 送迎サービス費 |
| <その他サービス> | | | | |
| 送迎サービス費 | | 目的地距離を課金 10kmごとに5250円 | | 目的地距離を課金 10kmごとに5250円 |
| 外来者への食事提供 | | 朝食450円 昼食・夕食680円 | | 朝食450円 昼食・夕食680円 |
| 外来者宿泊時の寝具貸出料 | | 1泊 1050円 | | 1泊 1050円 |
| 家具使用料 | | 1月 2100円 | | 1月 2100円 |

施設名:シルバービレッジ八王子西

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3(3)に定めるすべての要件を満たしているか。 | 適合 | 非該当 |
| 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 | |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | 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 | |
| 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 | 非該当 |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備等(延べ面積275㎡以上の施設においてはスプリンクラー設備を含む。)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 | |
| 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 | |
| 10 すべての居室の定員が1人は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1年に2回以上健康診断を受ける機会を提供しているか。 | 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 | |
| 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 家賃相当額が含まれていないため保金はされません。 |
| 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 前払金は権利金として入居と同時に償却されます。これは老人福祉法附則第十条第3項により、経過措置として、平成27年3月31日まで適応されます。 |
| 15 入居日から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。

※ 不適の項目についてはその具体的な状況のほか、代替措置がある場合はその内容について記入すること。