

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	シルバーハイツ大場川	
定員・室数	17人・16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		その他の法人	
	フリガナ	漢字	フリガナ	漢字
主たる事務所の所在地	〒 125-0031		東京都葛飾区西水元6-6-10	
連絡先	電話番号 03-3607-0215 ファックス番号 03-3607-6200			
ホームページ	なし			
代表者職氏名	役職名	代表取締役	氏名	宇田川 義幸
設立年月日	昭和42年12月4日			
主な事業等	運輸業			

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	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	フリカヽナ	シルバー・ハイツオオバガワ
名 称	シルバー・ハイツ大場川	
所 在 地	〒 125-0031	東京都葛飾区西水元6-6-11
連 絡 先	電 話 番 号	03-3600-1655
	ファックス番号	03-3607-6200
ホ ー ム ペ ー ジ	なし	
管 理 者 職 氏 名	役職名 ホーム長	氏名 小澤 育美
事 業 開 始 年 月 日		平成 17 年 1 月 17 日
届 出 年 月 日		平成 20 年 1 月 21 日
届出上の開設年月日		平成 20 年 3 月 1 日
事業所へのアクセス	常磐線 亀有駅北口より 東武セントラルバス 西水元循環乗車15分 西水元6丁目下車1分	

施設・設備等の状況

敷 地	権利形態	所有	抵当権	あり
	面 積	499.45 m ²		
建 物	権利形態	所有	抵当権	あり
	延床面積	1323.44 m ²	うち有料老人ホーム分	608.72 m ²
	竣工日		平成 16 年 11 月 1 日	
	階 数	地上 3 階 地下 0 階	うち有料老人ホーム分	地上 2~3 階 地下 0 階
	構造	準耐火建築物	建築物用途区分	老人ホーム
	併設施設等	あり	(デイサービス)
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	1人	9	13 m ² ~ 13 m ²
	3階	1人	6	13 m ² ~ 13 m ²
	3階	2人	1	23 m ² ~ 23 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		なし	
	冷暖房設備		全室あり	
	電話回線		なし	()
	テレビアンテナ端子		全室あり	(設置各自、放送契約・料金負担も各自)

共同便所	2箇所	(男女共用)				
共同浴室	個浴：1 併設施設との共用	大浴槽：なし なし()	機械浴：1			
食堂	兼用 併設施設との共用	あり なし()	(介護保険による機能訓練・リハビリ)			
その他の共用施設	あり	（談話室）				
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：なし	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						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	3			2	4	9人	2.0	調理補助兼務
介護職員：派遣	1					1人		
機能訓練指導員						0人		
計画作成担当者						0人		
栄養士					1	1人	1.0	他施設兼務
調理員	1				2	3人	1.0	介護補助兼務
事務員	1				1	2人	1.0	敷地外兼務あり
その他従業者				1		1人	1.0	清掃職員午前中のみ
						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				3	
実務者研修						
介護職員初任者研修	1			2	1	
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）	1			1	3	
資格なし	2					

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

なし

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯 17時30分～8時30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
1年未満				3	1					
1年以上3年未満					3					
3年以上5年未満					1					
5年以上10年未満					1					
10年以上					1					
合計		0	0	4	6	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
入浴介助サービス	あり
排せつ介助サービス	あり
口腔衛生管理サービス	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	24時間ナースコール及び3時間ごとの見回り確認
施設で対応できる医療的ケアの内容	住宅型で看護師不在の為、常時健康チェック等の範囲内。 胃瘻等の訪問診療医の指示により訪問看護ステーションに依頼の上、対応可。

医療機関との連携・協力

協力医療機関(1)	名称	えがおホームクリニック
	所在地	東京都葛飾区柴又5-33-2
	協力の内容	内科全般、診療費は入居者負担。施設まで車で20分距離4キロ
協力医療機関(2)	名称	
	所在地	
	協力の内容	
新興感染症発生時に連携する医療機関	有無	あり
	名称	えがおホームクリニック
	所在地	東京都葛飾区柴又5-33-2
協力歯科医療機関	名称	医) 晴恵会 川本歯科
	所在地	東京都葛飾区柴又6-14-1
	協力の内容	歯科全般、診療費は入居者負担。施設まで車で15分距離3キロ
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
	要介護度	自立・要支援・要介護
	医療的ケア	訪問診療
	認知症	可
	その他	面接の上、健康状況による
身元引受人等の条件、義務等	身元引受人は本契約に基づく身柄の引き取りを停滞して履行義務を負う	
体験入居	利用期間	2泊3日まで
	利用料金	1泊6,000円（宿泊介護サービス料込）食費1食600円（税別）
	その他	なし
入院時の契約の取扱い	疾病、けが等で入院の場合は施設利用料（84,000円）のみ請求 食費、水光熱費、管理費は日割り計算	

高齢者虐待防止のための取組の状況	指針の整備	あり
	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	(年 1回)
	定期的な研修の実施	(年 1回)
	担当者の役職名	ホーム長
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	指針の整備	あり
	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	(年 4回)
	定期的な研修の実施	(年 1回)
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	あり
	身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	あり
業務継続計画の策定状況等	やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	(①利用者本入又は、他の入店者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと②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こと③身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。その判断は施設全体と身元引受人と訪問診療医等に相談の上決定する。また身体拘束の内容、目的、時間を本人や家族に十分説明し、理解を求める上でやむを得ず拘束する場合には記録の作成をし保管する。解除に向けて定期的な見直し、情報の共有をし直り組む。
	感染症に関する業務継続計画	あり
	災害に関する業務継続計画	あり
	職員に対する周知の実施	あり
	定期的な研修の実施	(年 1回)
	定期的な訓練の実施	(年 1回)
事業者からの契約解除	定期的な業務継続計画の見直し	あり
	心身の状態により利用の継続が困難となった場合 利用料金その他の支払いを3ヶ月以上滞納した場合	
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	シルバーハイツ大場川 ホーム長	
電話番号	03-3600-1655	
対応時間	8:30 ~ 17:30 (月曜日~日曜日)	
窓口の名称2	葛飾区役所 高齢福祉課	
電話番号	03-3696-1111 (代)	
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日) 祝日は除く	
窓口の名称3	東京都福祉局高齢者施策推進部施設支援課 有料老人ホーム担当	
電話番号	03-5320-4537	
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月曜日~金曜日) 祝日は除く	
賠償責任保険の加入	あり	保険の名称： 賠償責任保険 東京海上日動火災保険株式会社
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 : 86.4 歳		入居者数合計 : 13 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									
75歳以上85歳未満						1	1		
85歳以上					1	4	3		2
合計		0	0	0	1	5	5	0	2

入居継続期間別入居者数

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 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	1	7	4			13

男女別入居者数

男性 : 5 人 女性 : 8 人

入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) 76 % (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	1	医療機関への入院	1
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	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	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。
金額		円	

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
なし	0円	187,400円	84,000	27,500	0	59,400	16,500
		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	84,000円 (非課税)
	管理費	27,500円
	介護費用	なし
	食費	朝食 660 円・昼食 660 円・夕食 660 円 間食 0 円 1日当たり 1,980 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)
	光熱水費	16,500円

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	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	当月末締分を、翌月27日に指定口座より振替（金融機関休日の場合は、よく営業日）		
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 無料			
料金改定の手続			
租税公課改定及び、物価上昇等により改定の場合は、入居者や身元引受人及び施設担当者との話し合いにより決定する。			
【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	なし		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	0	187,400
※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	入居希望者に交付	財務諸表の要旨	入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に交付	財務諸表の原本	入居希望者に交付
事業収支計画書	入居希望者に交付	その他開示情報	東京都有料老人ホーム一覧・みんなの介護 等

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。	説明年月日 _____年_____月_____日
	説明者職・氏名 _____
年 月 日 _____	職 _____
署名 _____	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	4回	—	4回	—
食事介助	○	—	○	—
排泄介助	○	—	○	▲
おむつ交換	○	—	○	▲
おむつ代	実費	実費	実費	実費
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)	○	—	○	▲
通院介助 (上記以外)	—	—	—	—
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	○	—	○	▲
日常の洗濯	週2回	業者による洗濯は実費	週2回	業者による洗濯は実費
居室配膳・下膳	○	—	○	—
嗜好に応じた特別食	—	—	—	—
おやつ	随時	—	随時	—
理美容	—	実費	—	実費
買物代行(通常の利用区域)	○	購入品は実費	○	購入品は実費
買物代行(上記以外の区域)	○	購入品は実費	○	購入品は実費
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	—	年2回	—
健康相談	随時	—	随時	—
生活指導・栄養指導	随時	—	随時	—
服薬支援	○	—	○	—
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	随時	—	随時	—
医師の訪問診療	—	2週間/1回実費	—	2週間/1回実費
医師の往診	—	随時	—	随時
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	—	—	—	介護タクシー等 実費
入退院時の同行(協力医療機関)	○	—	○	—
入退院時の同行(上記以外)	—	—	—	▲
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>				

施設名:シルバーハイツ大場川

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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合 ● 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合		
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合	<input checked="" type="radio"/> 不適合	各居室・トイレに緊急装置あり、浴室内はナースコール設置なしですが、脱衣所に設置あり。入浴介助にて付き添いあり。
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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合		
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13m ² 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7.43m ² 以上)であるか。	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合	<input checked="" type="radio"/> 不適合	1室(2人部屋)12m ² 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合	<input checked="" type="radio"/> 不適合	基本2人部屋を、ご夫婦部屋として利用。相部屋利用時は、カーテン等の仕切りでプライベートが保たれるように考慮あり。
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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合 ● 非該当	<input checked="" type="radio"/> 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。)	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合 ● 非該当	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合 ● 不適合 ● 非該当	<input checked="" type="radio"/> 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。