

別紙様式

スマイリングホームメデイス藪塚
重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2023年7月1日 |
|-------|-----------|

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 個人/法人 | 法人 |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) ぐりーんらいふひがしにほんかぶしきかいしゃ グリーンライフ東日本株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒103-0028 東京都中央区八重洲一丁目4番16号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5255-3338 |
| | FAX番号 | 03-5200-1177 |
| | ホームページアドレス | http://www.greenlife-inc.co.jp/ |
| | メールアドレス | http://www.greenlife-inc.co.jp/contact/(問合せ) |
| 代表者 | 氏名 | 玉井 信行 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 2013年5月1日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表) | |



2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|---------------|---|---|
| 名称 | (ふりがな) すまいりんぐほーむ めでいすやぶつか スマイリングホーム メディス藪塚 | |
| 所在地 | 〒379-2305 群馬県太田市六千石町116-27 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 藪塚駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① 東武桐生線「藪塚駅」より4.7km 車で約12分 ② 北関東自動車道「太田藪塚IC」より1.9km 車で約5分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0277-78-1211 |
| | FAX番号 | 0277-78-1311 |
| | ホームページアドレス | http://www.greenlife-inc.co.jp/facility/medis_yabuzuka/ |
| | メールアドレス | medis_yabuzuka@greenlife-inc.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 和田 春美 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 2003年 4月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2003年 4月 1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|------------------------------------|------------|--------------|
| ① 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 第1070502537号 |
| | 指定した自治体名 | 群馬県 |
| | 事業所の指定日 | 2013年5月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 2019年5月1日 |

(特記事項)

| | |
|---|-------------------|
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり (2) なし |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | (1) あり 2 なし 3 不要※ |
| ※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により届出が不要 | |

(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

| | | | |
|--------------------|---|---------|--------------------------|
| 併設介護 保険事業 所等 | 1 | 施設の名称 | |
| | | サービスの類型 | |
| | | 事業所番号 | |
| | | 事業所の場所 | 1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地 |
| | 2 | 施設の名称 | |
| | | サービスの類型 | |
| | | 事業所番号 | |
| | | 事業所の場所 | 1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地 |
| | 3 | 施設の名称 | |
| | | サービスの類型 | |
| | | 事業所番号 | |
| | | 事業所の場所 | 1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地 |
| | 4 | 施設の名称 | |
| | | サービスの類型 | |
| | | 事業所番号 | |
| | | 事業所の場所 | 1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地 |
| | 5 | 施設の名称 | |
| | | サービスの類型 | |
| | | 事業所番号 | |
| | | 事業所の場所 | 1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|-------|----------------|--------------------------|---------|------------------------|------------------------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 954.00㎡ | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | ② 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 借地権の種類 | 1 普通借地権 | | ② 定期借地権 | |
| | | 抵当権の有無 | ① あり | | 2 なし | |
| | | 契約期間 | ① あり | | (2023年4月10日～2028年4月9日) | |
| | 2 なし | | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | | ② なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 586.29㎡ | | | |
| | | うち有料老人ホーム部分 | 586.29㎡ | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物（建築基準法第2条第9号の2） | | | | |
| | | ② 準耐火建築物（建築基準法第2条第9号の3） | | | | |
| | | 3 その他（ ） | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | 2 鉄骨造 | | | | |
| | | ③ 木造 | | | | |
| | | 4 その他（ ） | | | | |
| | 建物階数 | 1 階建て（うち有料老人ホーム部分 1階～1階） | | | | |
| 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | | |
| | ② 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | 抵当権の設定 | ① あり | | 2 なし | | |
| | 契約期間 | ① あり | | (2023年4月10日～2028年4月9日) | | |
| | | 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | | ② なし | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | ① 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | 最大 | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 有/③無 | 有/③無 | 13.24㎡ | 17 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | |
| タイプ4 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | | |
| タイプ5 | 有/無 | 有/無 | ㎡ | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|------------|-----------------|----------------|-----|------------------|--|
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ8 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| | タイプ10 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入 | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 3ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 0ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 3ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | | 1ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | | 0ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1ヶ所 | チェア一浴 | | 0ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | | 0ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 1ヶ所 | | |
| | | | その他 () | | 0ヶ所 | | |
| | 食堂 | ① | あり | 2 | なし | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 | あり | ② | なし | | |
| エレベーター | 1 | あり (車椅子対応) | 2 | あり (ストレッチャー対応) | 3 | あり (上記1・2に該当しない) | |
| | ④ | なし | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | ① | あり | 2 | なし | | |
| | 自動火災報知設備 | ① | あり | 2 | なし | | |
| | 火災通報設備 | ① | あり | 2 | なし | | |
| | スプリンクラー | ① | あり | 2 | なし | | |
| | 防火管理者 | ① | あり | 2 | なし | | |
| | 防災計画 | ① | あり | 2 | なし | | |
| その他 | 多目的ホール (食堂、機能訓練室、談話室)・スタッフルーム・健康管理室・浴室・洗濯室・倉庫・汚物処理室・事務室兼相談室・厨房・トイレ | | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | <p>① 私たちは施設を「家庭の延長」と考え、「365日同じ質と量」の介護サービスを提供します。</p> <p>② 私たちは「至誠惻怛」の精神や「日常の五心」の心構えを毎日意識し、実行する事を習慣とし、介護サービスを提供します。</p> <p>③ 私たちは「全員が介護スタッフ」であるという自覚を持ち、「介護」「看護」「ケアマネ・相談員」「事務・管理」の四つが、車の車輪のように連携、協力し合い、介護サービスを提供します。</p> <p>④ 私たちは1人ひとりが「緊張感」の中に「やさしい気配り・目配り」を心がけ、「規律を守り」、「清潔な職場」で、明るい介護サービスを提供します。</p> <p>⑤ 私たちは、共に働く仲間を「良きパートナー」として、お互いに「教え、学び合い」「助け合い」ながら、地域になくてはならない老人ホームを、そして、行列のできる老人ホームを目指し、介護を通じ社会に貢献していきます。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | 真心の有るサービスを第一に、お客様とのコミュニケーションや介助、援助に心を込めケアを行います。だからお付き合いの出来る安心した生活を過ごす事ができます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------|----------------|------------------------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | (なし) ・ 加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ |
| | テクノロジーの導入 | (なし) ・ あり |
| | 生活機能向上連携加算 | (なし) ・ 加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ |
| | 個別機能訓練加算 | (なし) ・ あり |
| | A D L維持等加算 | なし ・ (あり) |
| | 夜間看護体制加算 | (対応不可) ・ 対応可 |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | なし ・ (あり) |
| | 医療機関連携加算 | なし ・ (あり) |
| | 口腔衛生管理体制加算 | なし ・ (あり) |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし ・ (あり) |
| | 科学的介護推進体制加算 | なし ・ (あり) |
| | 退院・退所時連携加算 | なし ・ (あり) |
| | 看取り介護加算 | (なし) ・ 加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ |
| | 認知症専門ケア加算 | (なし) ・ 加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ |
| | サービス提供体制強化加算 | なし ・ 加算Ⅰ ・ 加算Ⅱ ・ (加算Ⅲ) |
| | 介護職員処遇改善加算 | なし (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) (Ⅳ) (Ⅴ) |
| | 介護職員等特定処遇改善加算 | なし ・ 加算Ⅰ ・ (加算Ⅱ) |
| L I F E への登録 | なし ・ (あり) | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) 3 : 1 |
| | (2) なし | |

(医療連携の内容)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----|------------------|--|----|--------------------------------|--|------|--|---|------|---|---|----|------------------------------|--|------|--|--|------|-----------------------|--|------|---|
| <p>医療支援</p> <p>※複数選択可</p> | <p>① 救急車の手配</p> <p>② 入退院の付添い ※別途料金係る場合もあります</p> <p>③ 通院介助 ※別途料金係る場合もあります</p> <p>④ その他 ()</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>協力医療機関</p> <p>※複数ある場合は、感染症対応の際の窓口となる医療機関に○を附記</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="375 492 566 840">①</td> <td data-bbox="566 492 790 548">名称</td> <td data-bbox="790 492 1452 548">医療法人 宏愛会 宏愛会第一病院</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 548 790 593">住所</td> <td data-bbox="790 548 1452 593">群馬県太田市六千石町 99-63 0277-78-1555</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 593 790 683">診療科目</td> <td data-bbox="790 593 1452 683">外科・消化器外科・消化器内科・内科・整形外科・リハビリテーション科</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 683 790 840">協力内容</td> <td data-bbox="790 683 1452 840">緊急時の搬入受入、入院診療の実施ならびに定期的な外来診療の受入、日常の健康管理（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 840 566 1131">2</td> <td data-bbox="566 840 790 884">名称</td> <td data-bbox="790 840 1452 884">医療法人 宏愛会 篠原クリニック</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 884 790 929">住所</td> <td data-bbox="790 884 1452 929">群馬県桐生市相生町 3-174-22 0277-52-6750</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 929 790 974">診療科目</td> <td data-bbox="790 929 1452 974">内科・外科・整形外科・リハビリテーション科</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 974 790 1131">協力内容</td> <td data-bbox="790 974 1452 1131">緊急時の搬入受入、入院診療の実施ならびに定期的な外来診療の受入、日常の健康管理（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）</td> </tr> </table> | ① | 名称 | 医療法人 宏愛会 宏愛会第一病院 | | 住所 | 群馬県太田市六千石町 99-63 0277-78-1555 | | 診療科目 | 外科・消化器外科・消化器内科・内科・整形外科・リハビリテーション科 | | 協力内容 | 緊急時の搬入受入、入院診療の実施ならびに定期的な外来診療の受入、日常の健康管理（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） | 2 | 名称 | 医療法人 宏愛会 篠原クリニック | | 住所 | 群馬県桐生市相生町 3-174-22 0277-52-6750 | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・リハビリテーション科 | | 協力内容 | 緊急時の搬入受入、入院診療の実施ならびに定期的な外来診療の受入、日常の健康管理（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） |
| ① | 名称 | 医療法人 宏愛会 宏愛会第一病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 群馬県太田市六千石町 99-63 0277-78-1555 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療科目 | 外科・消化器外科・消化器内科・内科・整形外科・リハビリテーション科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 緊急時の搬入受入、入院診療の実施ならびに定期的な外来診療の受入、日常の健康管理（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 名称 | 医療法人 宏愛会 篠原クリニック | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 群馬県桐生市相生町 3-174-22 0277-52-6750 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療科目 | 内科・外科・整形外科・リハビリテーション科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 緊急時の搬入受入、入院診療の実施ならびに定期的な外来診療の受入、日常の健康管理（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>協力歯科医療機関</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="375 1131 566 1377">1</td> <td data-bbox="566 1131 790 1176">名称</td> <td data-bbox="790 1131 1452 1176">小林歯科医院</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 1176 790 1220">住所</td> <td data-bbox="790 1176 1452 1220">群馬県桐生市相生町 2-814-4 0277-54-8585</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 1220 790 1377">協力内容</td> <td data-bbox="790 1220 1452 1377">定期的な外来診療の受入、口腔ケア指導や管理と歯科相談の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="375 1377 566 1612">2</td> <td data-bbox="566 1377 790 1422">名称</td> <td data-bbox="790 1377 1452 1422">医療法人社団芳志会 長谷川歯科</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 1422 790 1467">住所</td> <td data-bbox="790 1422 1452 1467">群馬県太田市由良町 294-1 0276-31-5737</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="566 1467 790 1612">協力内容</td> <td data-bbox="790 1467 1452 1612">歯科治療全般・訪問歯科・口腔ケア指導や管理と歯科相談の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）</td> </tr> </table> | 1 | 名称 | 小林歯科医院 | | 住所 | 群馬県桐生市相生町 2-814-4 0277-54-8585 | | 協力内容 | 定期的な外来診療の受入、口腔ケア指導や管理と歯科相談の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） | 2 | 名称 | 医療法人社団芳志会 長谷川歯科 | | 住所 | 群馬県太田市由良町 294-1 0276-31-5737 | | 協力内容 | 歯科治療全般・訪問歯科・口腔ケア指導や管理と歯科相談の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） | | | | | | |
| 1 | 名称 | 小林歯科医院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 群馬県桐生市相生町 2-814-4 0277-54-8585 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 定期的な外来診療の受入、口腔ケア指導や管理と歯科相談の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 名称 | 医療法人社団芳志会 長谷川歯科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 群馬県太田市由良町 294-1 0276-31-5737 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 歯科治療全般・訪問歯科・口腔ケア指導や管理と歯科相談の実施。（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------|--------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続の内容 | | |
| 追加的費用の有無 | | 1 あり 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 1 あり 2 なし |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり 2 なし |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|---|---------------------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり (2) なし |
| | 要支援の者 | (1) あり 2 なし |
| | 要介護の者 | (1) あり 2 なし |
| 入居対象となる者の年齢 | おおむね 60 歳以上 | |
| 留意事項 | 現在自立の方でも、認定を受けて要介護又は要支援となる見込みのある方であれば、要相談となります。2号被保険者の方は、年齢にかかわらず入居することができます。 | |
| 契約の解除の内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者が逝去した場合 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等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を正当な理由なくしばしば遅滞するとき ・入居者の言動が、他の入居者又は従業員の生命・身体・財産に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき、等（その他は入居契約書参照） <p>※契約解除の前に、入居者及び身元引受人の方とお話をさせていただきます。</p> | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 有料老人ホーム標準入居契約書 29 条 |
| | 解約予告期間 | 3 ヶ月 (90 日) |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 (30 日) | |
| 体験入居の内容 | <p>(1) あり (内容：内容：通常の入居者と同じ生活を送ることができます。6泊7日までの体験入居が実施できます。)</p> <p>2 なし</p> | |
| 体験入居の費用 | 1泊あたり 6,600 円 (税込み) です。 | |
| 入居定員 | 17 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 10 | 8 | 2 | 7.4 |
| 介護職員 | 8 | 7 | 1 | 6.2 |
| 看護職員 | 2 | 1 | 1 | 1.6 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 0.2 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 4 | | 4 | 2.4 |
| 事務員 | 1 | | 1 | 0.5 |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 37.5時間 |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要 | | | | |

（資格を有している介護職員の人数）

| | 合計 | | |
|-----------|----|-----|---|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 4 | 4 | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 2 | 1 |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 1 | 1 | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16時30分 ~ 翌9時00分) | | |
|------------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 1人 | 1人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率* 【表示事項】 | a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.2 : 1 |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------|------|-----|------|-----------|-----------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | | | ① あり 2 なし | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | | | | ① あり | | | | | |
| | 資格等の名称 | | | | | 介護福祉士 | | | | | |
| | 2 なし | | | | | | | | | | |
| | | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | 1 | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 1 | | 1 | | | | | | |
| 応じた職員 の人数 | 業務に従事した経験年数に | 1年未満 | 1 | | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | 1 | | | | | | | |
| | 3年未満 | | 1 | 1 | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | 4 | | | | 1 | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | 2 | 1 | 2 | | | | 1 | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | | ① あり 2 なし | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|--------------------------------|-------|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | | <ol style="list-style-type: none"> ① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | | <ol style="list-style-type: none"> 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | <ol style="list-style-type: none"> ③ 月払い方式 |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 |
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | | <ol style="list-style-type: none"> 1 あり ② なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | <ol style="list-style-type: none"> 1 あり ② なし |
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | | <ol style="list-style-type: none"> ① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 物価、経済情勢、公共料金等の変動、その他相当の事由がある場合及び運営管理費用、人件費、環境維持費用等を勘案します。 |
| | 手続 | 運営懇談会の意見を聴いた上で改定し、入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、同意を得るものします。 |
| 月額利用料の支払方法 | | |
| | 引き落とし | 毎月 26 日に指定口座より引き落としになります（手続きが必要です） |
| | 郵便振替 | 毎月 20 日に指定口座より引き落としになります（手続きが必要です） |
| | 振込み | 群馬銀行大原支店 普通口座 623043 口座名義グリーンライフ東日本株式会社 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 3 | 5 | |
| | 年齢 | 70歳 | 68歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 13.24 m ² | 13.24 m ² | |
| | 便所 | 1 有 (2) 無 | 1 有 (2) 無 | |
| | 浴室 | 1 有 (2) 無 | 1 有 (2) 無 | |
| | 台所 | 1 有 (2) 無 | 1 有 (2) 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 | |
| | 敷金 | 0円 | 0円 | |
| 月額費用の合計 | | 199,070円(税込み) | 199,070円(税込み) | |
| 家賃 | | 69,900円(非課税) | 69,900円(非課税) | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | -円 | -円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 59,100円(税込み) | 59,100円(税込み) |
| | | 管理費 | 70,070円(税込み) | 70,070円(税込み) |
| | | 介護費用 | -円 | -円 |
| | | 光熱水費 | 0円 | 0円 |
| | | その他 | -円 | -円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|------|---|
| 家賃 | 地代、建設費、修繕費、借入利息、管理費事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照して算出。 |
| 敷金 | 家賃の ヶ月分 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 管理費 | 光熱水費、共有施設の維持管理費、共有施設の備品・消耗品費、事務・管理部門の人件費、レクリエーション費用の一部 |
| 食費 | 人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。 1月(30日) 59,100円(税込み) 1日 1,970円(税込み) 【内訳】 朝食 444円(税込み) ※軽減税率対象 昼食 713円(税込み) おやつ 100円(税込み) ※軽減税率対象 夕食 713円(税込み) |

| | |
|----------------------|---|
| | ※1 医療保険外の経管栄養剤（特殊品を除く）の場合、食費は1日あたり1,980円（税込み）となります。 ※2 特別食が必要となる場合には、本契約で定める食費の設定でなく、別途定められる費用での提供となります。 |
| 光熱水費 | 管理費に含まれる。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。 別添2（介護サービス等一覧表を参照） |
| その他のサービス利用料 | |

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | | 算定根拠 | | | | |
|---|----------|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|--------|
| 特定施設入居者生活介護 [※] に対する自己負担 | | 要介護状態に応じて介護費用の1割または2割または3割を徴収する。 | | | | |
| 特定施設入居者生活介護 [※] における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | | なし | | | | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | | | | | | |
| 区分 | 介護給付費の単位 | 月額(30日分)の目安 | 自己負担額 | | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 要支援1 | 182単位/日 | 55,364円/月 | 5,537円/月 | 11,073円/月 | 16,610円/月 | |
| 要支援2 | 311単位/日 | 94,606円/月 | 9,461円/月 | 18,922円/月 | 28,382円/月 | |
| 要介護1 | 538単位/日 | 163,659円/月 | 16,366円/月 | 32,732円/月 | 49,098円/月 | |
| 要介護2 | 604単位/日 | 183,736円/月 | 18,374円/月 | 36,748円/月 | 55,121円/月 | |
| 要介護3 | 674単位/日 | 205,030円/月 | 20,503円/月 | 41,006円/月 | 61,509円/月 | |
| 要介護4 | 738単位/日 | 224,499円/月 | 22,450円/月 | 44,900円/月 | 67,350円/月 | |
| 要介護5 | 807単位/日 | 245,489円/月 | 24,549円/月 | 49,098円/月 | 73,647円/月 | |
| 個別機能訓練加算 (※1) | I | 12単位/日 | 3,650円/月 | 13円/日 | 25円/日 | 37円/日 |
| | II | 20単位/月 | 202円/月 | 21円/月 | 41円/月 | 61円/月 |
| ADL維持等 加算(※2) | I | 30単位/月 | 304円/月 | 31円/月 | 61円/月 | 92円/月 |
| | II | 60単位/月 | 608円/月 | 61円/月 | 122円/月 | 183円/月 |
| 夜間看護体制加算(※3) | | 10単位/日 | 3,042円/月 | 11円/日 | 21円/日 | 31円/日 |
| 入居継続支援加算 (※4) | I | 36単位/日 | 10,951円/月 | 37円/日 | 73円/日 | 110円/日 |
| | II | 22単位/日 | 6,692円/月 | 23円/日 | 45円/日 | 67円/日 |
| 退院・退所時連携加算(※5) | | 30単位/日 | 9,126円/月 | 31円/日 | 61円/日 | 92円/日 |
| 生活機能向上加算 (※6) | I | 100単位/回 | 1,014円/月 | 102円/回 | 203円/回 | 305円/回 |
| | II | 200単位/月 | 2,028円/月 | 203円/月 | 406円/月 | 609円/月 |
| 若年性認知症入居者受入加算(※7) | | 120単位/日 | 36,504円/月 | 122円/日 | 244円/日 | 365円/日 |

| | | | | | | | |
|--|-----|-----------------------------------|------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| 口腔衛生管理体制加算 (※8) | | 30 単位/月 | 304 円/月 | 31 円/月 | 61 円/月 | 92 円/月 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 (※9) | | 20 単位/回 | 202 円/月 | 21 円/回 | 41 円/回 | 61 円/回 | |
| 科学的介護推進体制加算(※10) | | 40 単位/月 | 405 円/月 | 41 円/月 | 81 円/月 | 122 円/月 | |
| 医療機関連携加算 (※11) | | 80 単位/月 | 811 円/月 | 82 円/月 | 163 円/月 | 244 円/月 | |
| 看取り介護加算 (※12) | I | 死亡日位前 31~45 日 | 72 単位/日 | 10,951 円/月 | 73 円/日 | 146 円/日 | 219 円/日 |
| | | 死亡日位前 4~30 日 | 144 単位/日 | 39,424 円/月 | 146 円/日 | 292 円/日 | 438 円/日 |
| | | 死亡日位前 2~3 日 | 680 単位/日 | 13,790 円/月 | 690 円/日 | 1,379 円/日 | 2,069 円/日 |
| | | 死亡日 | 1,280 単位/日 | 12,979 円/月 | 1,298 円/日 | 2,596 円/日 | 3,894 円/日 |
| | II | 死亡日位前 31~45 日 | 572 単位/日 | 87,001 円/月 | 580 円/日 | 1,160 円/日 | 1,740 円/日 |
| | | 死亡日位前 4~30 日 | 644 単位/日 | 176,314 円/月 | 653 円/日 | 1,306 円/日 | 1,959 円/日 |
| | | 死亡日位前 2~3 日 | 1,180 単位/日 | 23,930 円/月 | 1,197 円/日 | 2,393 円/日 | 3,590 円/日 |
| | | 死亡日 | 1,780 単位/日 | 18,049 円/月 | 1,805 円/日 | 3,610 円/日 | 5,415 円/日 |
| 認知症専門ケア加算 (※13) | I | 3 単位/日 | 912 円/月 | 3 円/日 | 6 円/日 | 9 円/日 | |
| | II | 4 単位/日 | 1,216 円/月 | 4 円/日 | 8 円/日 | 12 円/日 | |
| サービス提供体制強化加算(※14) | I | 22 単位/日 | 6,692 円/月 | 23 円/日 | 45 円/日 | 67 円/日 | |
| | II | 18 単位/日 | 5,475 円/月 | 19 円/日 | 37 円/日 | 55 円/日 | |
| | III | 6 単位/日 | 1,825 円/月 | 6 円/日 | 12 円/日 | 18 円/日 | |
| 介護職員処遇改善加算(I) | | 介護報酬単位×8.2%×単位単価 10.14 (地域区分：7級地) | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | I | 介護報酬単位×1.8%×単位単価 10.14 | | | | |
| | | II | 介護報酬単位×1.2%×単位単価 10.14 | | | | |
| <p>※1 個別機能訓練体制が完備している場合に加算致します。</p> <p>※2 ADL維持等体制が完備している場合に要介護1から要介護5について加算致します。</p> <p>※3 夜間看護体制が完備している場合に要介護1から要介護5について加算致します。</p> <p>※4 入居継続支援体制が完備している場合に要介護1から要介護5について加算致します。但し、サービス提供体制強化加算(※14)を算定する場合、当該加算の算定は致しません。</p> <p>※5 退院・退所時連携体制が完備している場合に要介護1から要介護5について加算致します。</p> <p>※6 生活機能向上体制が完備している場合に加算致します。</p> <p>(I)に関しては3ヶ月に1回を限度とします。また(※1)個別機能訓練加算を算定する場合は当該加算の算定は致しません。</p> <p>※7 若年性認知症入居者受入体制が完備している場合に加算致します。但し、個別機能訓練加算(※1)を算定する場合、当該加算は100単位/月の算定と致します。</p> <p>※8 口腔衛生管理体制が完備している場合に加算致します。</p> <p>※9 口腔・栄養スクリーニング体制が完備している場合に加算致します。(6ヶ月に1回を限度とします)</p> <p>※10 科学的介護推進体制が完備している場合に加算致します。</p> <p>※11 医療機関連携体制が完備している場合に加算致します。</p> <p>※12 夜間看護体制加算を算定し、主治医の診断及びご本人・代理人の希望及び同意により「看取り介護指針」に基づいた支援を行った場合に要介護1から要介護5について加算致します。</p> | | | | | | | |

- ※13 認知症専門ケア体制が完備している場合にⅠもしくはⅡのいずれかを加算致します。
- ※14 サービス提供体制強化体制が完備している場合にⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれかを加算致します。
但し、入居継続支援加算（※4）を算定する場合、当該加算の算定は致しません。

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|-------------------------------------|-------------------|-----|
| 算定根拠 | | |
| 想定居住期間（償却年月数） | | ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） | | 円 |
| 初期償却率 | | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 その他（名称： _____） | |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------------|--------------|-----|
| 性別 | 男性 | 10人 |
| | 女性 | 7人 |
| 年齢別 | 60歳未満 | 0人 |
| | 60歳以上 65歳未満 | 3人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 3人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 4人 |
| | 85歳以上 90歳未満 | 2人 |
| | 90歳以上 95歳未満 | 2人 |
| | 95歳以上 100歳未満 | 3人 |
| | 100歳以上 | 0人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 0人 |
| | 要介護2 | 1人 |
| | 要介護3 | 5人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 6人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 1人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 2人 |
| | 1年以上 5年未満 | 12人 |
| | 5年以上 10年未満 | 2人 |
| | 10年以上 15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |
| 入居時の住所 地 | 市内 | 2人 |
| | 県内の他の市町村 | 2人 |
| | 県外 | 13人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|-------|
| 平均年齢 | 79.8歳 |
| 入居者数の合計 | 17人 |
| 入居率※ | 100% |

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|---------|------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 2人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 2人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申出 | 0人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申出 | 2人 |
| | | (解約事由の例) 特養入所 他施設入所 |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|----------|-------|---------------------------|
| 窓口の名称 | | 施設窓口担当者（施設長） 和田 春美 |
| 電話番号 | | 0277-78-1211 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:00 |
| | 土曜 | 8:30~17:00 |
| | 日曜・祝日 | 8:30~17:00 |
| 定休日 | | 施設長の公休日は計画作成担当者又は生活相談員が対応 |
| 窓口の名称 | | 本社窓口担当者（コンプライアンス推進室） 安富 充 |
| 電話番号 | | 03-5255-3335 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 |
| | 土曜 | 9:00~17:30 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~17:30 |
| 定休日 | | 公休日は他社員が対応 |
| 窓口の名称 | | 太田市役所 健康福祉部 介護サービス課 |
| 電話番号 | | 0276-47-1111 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土・日曜、祝日は休み |
| 窓口の名称 | | 群馬県 介護高齢課 |
| 電話番号 | | 027-226-2566 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土・日曜、祝日は休み |
| 窓口の名称 | | 群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課 |
| 電話番号 | | 027-290-1323（苦情相談窓口） |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土・日曜、祝日は休み |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-----------------------------------|------|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | ① あり | (その内容) 三井住友海上火災 賠償責任保険加入福祉事業施設・福祉事業 老人介護・障害者福祉を目的とする業務の 遂行や施設の所有・使用または管理に起因 する事故、利用者に提供した飲食物などの 生産物や業務の結果に起因する事故によ って、サービス利用者や第三者に損害を与 え、法律上の損害賠償責任を負担した場合 に被る損害に対し保険金が支払われます。 (1 事故につき 1 億円を限度とします) |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償す べき事故が発生したときの対応 | 1 あり | (その内容) |
| | ② なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | ① あり | 2 なし |

(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)

| | | | |
|--|------|--------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意 見箱等利用者の意見等を把 握する取組の状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② なし | | |
| 第三者による評価の実施状 況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | | | |
|----------|------------|------------|-----------|
| 入居契約書の雛形 | ① 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 管理規程 | ① 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 重要事項説明書 | ① 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | ① 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | ① 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | ③ 公開していない |

10. その他

| | | |
|---|--|-------------|
| 運営懇談会 | ① あり | (開催頻度) 年 2回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | ① あり (提携ホーム名: グリーンライフグループ) | |
| | 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項 | 1 あり ② なし | |
| 合致しない事項がある場合 の内容 | | |
| 「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性 | 1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない | |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項 | 1 あり ② なし | |
| 不適合事項がある場合の内 容 | | |
| (公社) 全国有料老人ホーム 協会への加入 | 1 あり ② なし | |

- 添付書類：別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）
別添 3 ①②（特定施設おむつ・商品価格表）
別添 4（重度化した場合における対応に係る指針）

※_____様

説明年月日 年 月 日

説明者署名_____

- ※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。
※本重要事項説明書 2 通を作成し、記名捺印の上、各自その 1 通を保有します。

利用者氏名_____様 ⑩

説明を受けた者_____様 ⑩

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|---|-------------------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | メディス総合 介護センター 桐生事業所 | 桐生市相生町3-172-9 (他1ヶ所) |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | メディス総合 介護センター 桐生事業所 | 桐生市相生町3-172-9 (他1ヶ所) |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | グリーンライフ 中央前橋デイベ サービスセンター | 前橋市三河町1-6-3 (他1ヶ所) |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | スマイリングホーム メディス高崎 | 高崎市石原町3883 (他9ヶ所) |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | メディス総合 介護センター 桐生事業所 グリーンライ フ桐生ケアプ ランセンター | 桐生市相生町3-172-9 |

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------|----|----|---------------------------|-------------------------|
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | メデイス総合 介護センター 桐生事業所 | 桐生市相生町3-172-9 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | メデイス総合 介護センター 桐生事業所 | 桐生市相生町3-172-9 (他1ヶ所) |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | スマイリングホーム メデイス高崎 | 高崎市石原町3883 (他9ヶ所) |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | 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 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |

別添2 有料老人ホーム・サービスタク付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | 個別の利用料で、実施するサービス | | 包含 ^{※2} | | 都度 ^{※2} | | 料金 ^{※3} | | 備考 |
|--|----|------------------|----|------------------|----|------------------|----|------------------|----|--|
| 特定施設入居者生活介護（利用者一部負担 ^{※1} ） で、実施するサービス（利用者一部負担） | | なし | | あり | | なし | | あり | | なし |
| 介護サービス | | | | | | | | | | |
| 食事介助 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | 就寝時装着、起床時着脱（廃棄料を含む） 清拭：入浴困難な時に随時 週3回入浴時介助 毎日朝・夜及び入浴時に一部介助 身体状況に応じた訓練 1時間以内4,400円（税込み） |
| 排泄介助・おむつ交換 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| おむつ代 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 特浴介助 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 機能訓練 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 通院介助 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 生活サービス | | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | 週3回 |
| リネン交換 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | 週3回 |
| 日常の洗濯 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | 必要であれば食事の都度 |
| 居室配膳・下膳 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| おやつ | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | 100円（税込み）（食費を含む） 外部業者にて実費徴収 1時間以内4,400円（税込み） 1時間以内3,300円（税込み） |
| 理美容師による理美容サービス | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 買物代行 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 役所手続代行 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 金銭・貯金管理 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | 年2回機会を設けます（費用は実費） |
| 健康相談 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 生活指導・栄養指導 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 服薬支援 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | | | |
| 移送サービス | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | 指定移送事業者で無いため実施してない 1時間以内4,400円（税込み） |
| 入退院時の同行 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |
| 入院中の見舞い訪問 | あり | なし | あり | あり | あり | あり | あり | あり | あり | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割から3割までの利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

別添3① 【特定施設おむつ・商品価格表】23.7 版

| | 商品名 | 単位 | 税別価格 | 消費税 | 税込販売単価 |
|----|------------------------------------|-----------|--------|------|--------|
| 1 | アテント R ケアうす型さらさらパンツ L-LL | 1pac(20枚) | ¥3,540 | 非課税 | ¥3,540 |
| 2 | アテント R ケアうす型さらさらパンツ M-L | 1pac(22枚) | ¥3,416 | 非課税 | ¥3,416 |
| 3 | アテント 昼安心通気パッドふつう | 1pac(51枚) | ¥3,042 | 非課税 | ¥3,042 |
| 4 | アテント テープ止めタイプ S | 1pac(22枚) | ¥3,771 | 非課税 | ¥3,771 |
| 5 | アテント テープ止めタイプ M | 1pac(20枚) | ¥3,473 | 非課税 | ¥3,473 |
| 6 | アテント 安心パッドスーパー吸収 | 1pac(54枚) | ¥2,455 | 非課税 | ¥2,455 |
| 7 | アテント テープ止めタイプ L | 1pac(17枚) | ¥3,775 | 非課税 | ¥3,775 |
| 8 | アテント S ケア夜 1枚安心パッド ふつうタイプ | 1pac(42枚) | ¥3,025 | 非課税 | ¥3,025 |
| 9 | アテント S ケア夜 1枚安心パッド 多いタイプ | 1pac(18枚) | ¥4,003 | 非課税 | ¥4,003 |
| 10 | かみそり L 型 | 1セット | ¥200 | ¥20 | ¥220 |
| 11 | かみそり T 型 | 1セット | ¥200 | ¥20 | ¥220 |
| 12 | ひげそり | 1組 | ¥1,200 | ¥120 | ¥1,320 |
| 13 | ひげそり(替刃) | 1組 | ¥1,200 | ¥120 | ¥1,320 |
| 14 | 消臭液 | 1本 | ¥700 | ¥70 | ¥770 |
| 15 | クリネックス NEW「アロエローションティッシュ」400枚 200組 | 1箱 | ¥300 | ¥30 | ¥330 |
| 16 | スコッティ フラワーボックスティッシュ 5B | 1パック | ¥360 | ¥36 | ¥396 |
| 17 | 歯ブラシ ふつう | 1本 | ¥200 | ¥20 | ¥220 |
| 18 | 歯ブラシ かため | 1本 | ¥200 | ¥20 | ¥220 |
| 19 | 歯ブラシ やわらかめ | 1本 | ¥200 | ¥20 | ¥220 |

※上記以外のおむつ、雑貨も販売致します。
おむつの持込の場合、廃棄料は一律 105 円(税込み)とします。

別添4 重度化した場合における対応に係る指針

スマイリングホームでは、入居者の身体状況が重度化した場合に適切な対応を取るために、以下の通り指針を定めます。

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

入居者の健康管理は、基本的に主治医の指示・指導に従い、看護社員、介護社員、及び他の社員が共同して行ないます。日常は看護社員により健康状態を観察し、その状態に異常を認めた場合は医師へ報告し、その指示に従い、施設内での処置、病院への搬送、救急要請など必要な対応を取ります。予断を許さない場合には、主治医の判断を仰がずに救急車要請を行い、その後で主治医、代理人に報告することもあります。

2. 主治医の選定

ホームでの生活に当たっては、入居者には必ず主治医を定めていただくことをお願いしています。日常の健康管理から、健康状態に異常が起きた場合の対応のために医師の指示・指導が不可欠です。主治医の選定に当たっては、特別な事情が無い限り、訪問診療日の調整や定期健康診断の便宜性などからホームと協力関係のある訪問診療医をお勧めします。

3. 医療費

医療費、薬代は自己負担（健康保険を適用する場合はその自己負担分）です。主治医の選定を含む医療については、入居者（代理人）とその医療機関との間で話しあっていただきます。診療内容の説明など医療面で介入することは許されていません。代金の立替や、訪問診療日程の連絡などは当ホームで行ないます。また、訪問診療を受ける場合、治療費以外に管理料や指導料等の負担が発生する場合がありますので、主治医にご確認をお願いします。

4. 入院期間中における管理費等の取扱い

入居者が医療機関等に入院された場合、以下の通りとします。

- ・室料・・・全額いただきます。
- ・管理費・・・全額いただきます。
- ・食費・・・いただきません。

5. 急変時の対応

当ホームは介護付有料老人ホームで、医師は常駐していません。また、急に心肺停止状態に陥った場合、救急蘇生のための設備や人員体制を備えた施設でもありません。入居に当たっては、このことを十分ご理解いただき、入居契約を締結することとしています。尚、特別な意思表示が事前に無い場合、急変時は主治医の指示に従い救急要請（救急車による救急病院への搬送）を行ないます。一般的に、その時点で担当医師は代理人に対し治療方針について確認しますが、代理人の立会いが無い場合、救急車を要請した時点で、気管切開や人工呼吸器設置などの延命措置を希望したものと判断されます。従って、急な心肺停止状態などを含めた緊急時の対応法について、入居者、代理人、ご親族で日頃より話し合ってください。

6. 看取りに関する指針

入居者の病状の重篤化などにおける看取りにつきましては、基本的に入居者や代理人の意向を尊重し、当ホームでの生活の継続を希望される場合につきましては、出来る限りのサービスの提供に努めます。また、看取りの際には再度入居者や代理人にご意向を確認させていただきます。ただし、医師が医療行為を必要と判断した場合は除きます。

7. 入居者及び代理人との話し合いの方法

入居者または代理人が急変時の対応について特別なご要望がある場合は、要望書などの作成、提出をお願いします、ご要望を書面で保管します。一度作成した要望書は定期的に見直し、医師、入居者、代理人、社員間での意思疎通に努めます。

