

グリーンライフ 蕨
有料老人ホーム入居契約兼指定特定施設等利用契約
重要事項説明書

記入年月日	平成30年7月1日
記入者名	小島 知子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 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がいしゃ 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/
代表者	氏名	荒井 恵二
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 15年 7月 23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) ぐりーんらいふわらび グリーンライフ蕨	
所在地	〒335-0002 埼玉県蕨市塚越一丁目11番地4号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 蕨駅
	交通手段と所要時間	J R 京浜東北線 蕨駅下車 徒歩5分
連絡先	電話番号	048-430-0110
	FAX番号	048-430-0112
	ホームページアドレス	https://www.greenlife-inc.co.jp/facility/detail/gl_warabi/profile/
管理者	氏名	小島 知子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 平成 25年5月1日 (平成26年3月1日移転)

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 第 1171400763 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 第 1171400763 号
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 25 年 5 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,510,66 m ²				
	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				
		抵当権の有無	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (平成 年 月 日～平成 年 月 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	3,027,39 m ²			
		うち、老人ホーム部分	m ²			
	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
契約期間		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 26 年 3 月 1 日～平成 56 年 2 月 29 日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18 m ²	81 室	介護居室 個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	m ²		
タイプ3	有 / 無	有 / 無	m ²			
タイプ4	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	8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	6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	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他	多目的ホール（兼機能訓練室）、浴室、脱衣室、汚物処理室、応接室、健康相談室				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある高齢者に対し適正な特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を提供することを目的とします。
サービスの提供内容に関する特色	介護施設は単に要介護者のためだけではなく、介護にかかわるご家族にも不可欠ではないかと私たちは考えています。グリーンライフは少しでも介護する方々の負担を軽減できるように、また、施設をご利用される方々にも、清潔で居心地が良く安心できる空間を提供したいと考えています。介護する方も介護される方も、みんなが笑顔で、安心して過ごしていただきたいと思っています。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	生活機能向上加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提	(Ⅰ)イ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	供体制強化 加算	(I)口	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
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) : 1	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 (訪問診療医の確保)	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	斎藤クリニック
		住所	埼玉県蕨市中央 3-19-14
		診療科目	内科・整形外科・外科・脳神経外科
		協力内容	週 1 回の訪問診療 (内科)・緊急時通院治療の支援・協力 (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	金子医院
		住所	埼玉県蕨市中央 4-13-2
		診療科目	内科・放射線科・小児科
		協力内容	週 1 回の訪問診療 (内科)・緊急時通院治療の支援・協力 (医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。)
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
4	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力内容		
協力歯科医療機関	名称	三谷歯科医院	
	住所	埼玉県蕨市中央 2-16-24	
	協力内容	歯科診療、訪問歯科、口腔ケアの指導・相談 (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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	入居者に対してより適切な介護等を提供するために必要と判断する場合には、サービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。	
手続きの内容	① ホームの指定する医師の意見を聴く。 ② 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 ③ 変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者、並びに身元引受人等に説明を行う。 ④ 入居者又は身元引受人等の同意を得る。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	自立の人は基本的に対象外ですが協議にて特例あり。	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者が解約した場合 (30 日の予告期間が必要) ③ 事業者が解約した場合 (90 日の予告期間が必要)	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・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)
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 6 泊 7 日まで。料金は 1 泊あたり 10,000 円 (税抜)。)	
	2 なし	
入居定員	81 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（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（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	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員				
介護職員	24	22	2	23.2
看護職員	4	2	2	5.8
機能訓練指導員	2	1	1	1.2
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員	1	1	0	1
その他職員		0	2	0.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5
※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	0	0	0
介護福祉士	9	8	1
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	14	13	1
介護支援専門員	0	0	0

(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	0	0	0
理学療法士	1	0	1
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	1	1	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20時～翌7時)		
	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	3人	2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)	2.6 : 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					
				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	2	1	14	2						
前年度1年間の退職者数	2	1	11	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					
	1年以上 3年未満		7	1						
	3年以上 5年未満		1	6						
	5年以上 10年未満		1	5						
	10年以上		1	4	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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する。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で変更します。

(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			
	年齢		歳	
居室の状況	床面積	18 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 無	
	洗面台	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		239,607 円	円	
家賃		110,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0 円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	64,159 円	円
		管理費	65,448 円	円
		介護費用	0 円	円
		光熱水費	実費円	円
	その他	0 円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(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	<p>人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。</p> <p>【内訳】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食材費 朝食 252 円 (内消費税 19 円) 昼食 426 円 (内消費税 32 円) 夕食 534 円 (内消費税 40 円) ・ 厨房管理費 月額 27,799 円 (内消費税 2,059 円) <p>※1 医療保険外の経管栄養剤(特殊品を除く)の場合、食費は通常料金となります。</p> <p>※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。</p>
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	別添2
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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分。
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。	

(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	21人
	女性	56人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	19人
	85歳以上	55人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	14人
	要支援 2	4人
	要介護 1	21人
	要介護 2	9人
	要介護 3	10人
	要介護 4	14人
	要介護 5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	20人
	6ヶ月以上 1年未満	20人
	1年以上 5年未満	28人
	5年以上 10年未満	6人
	10年以上 15年未満	3人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	82.0歳
入居者数の合計	77人
入居率※	98.8%
※ 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	1人
	社会福祉施設	3人
	医療機関	1人
	死亡者	26人
	その他	3人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0人
		(解約事由の例) 退院の見込みが見つからない為。ショートステイの為。

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 苦情解決責任者 (施設長) 小島 知子 苦情受付担当者 (相談員) 田中 悠也	埼玉県高齢 介護課	埼玉県国民健康保険 団体連合会 介護サービス苦情相 談係	埼玉県蕨市 介護保険室
電話番号	048-430-0110	048- 830- 4781	048-824-2568	048-433- 7756
対応している時間	平日	9:00~17:30	9:00~ 17:00	9:00~ 17:00
	土曜	9:00~17:30	-	-
	日曜・祝日	9:00~17:30	-	-
定休日		土・日 曜、祝日 は休み。	土・日曜、祝日 は休み。	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 賠償責任保険加入福祉事業施設・福祉事業：三井住友海上火災 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 27 年 3 月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 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:) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 3 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	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	なし	
不適合事項がある場合の内 容		

- 添付書類：別添 1 (別に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 (特定施設商品価格表)
 別添 4 (重度化した場合における対応に係る指針)

重度化した場合における対応に係る指針

グリーンライフ東日本株式会社

グリーンライフ蔵では、ご利用者様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、以下の通り当指針を定めます。

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、看護職員、介護職員、及び他の職員が共同して行ないます。日常は看護職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、ご家族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せん。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必要になりますので、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

利用者が他の医療機関に入院された場合、以下の通りとします。

- ・室料・・・全額、
- ・管理費・・・全額
- ・食材費・・・いただきません。
- ・厨房管理費 月額27,799円（内消費税2,059円）

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をお願いします。

6. 看取りに関する指針 要望書の作成

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、基本的に入居者本人や代理人等の意向を尊重し、当事業所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本人や代理人等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、職員間での意思疎通に努めます。

※ _____ 様

説明年月日 平成 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。

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	<input type="checkbox"/>		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	メディス武蔵浦和（他7か所）	さいたま市南区鹿手袋5-5-6
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	メディス武蔵浦和（他7か所）	さいたま市南区鹿手袋5-5-6
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		

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		なし			あり	
介護サービス	特定施設入居者生活介護費（利用で、実施するサービス（利用者一部負担※1））	個別の利用料で、実施するサービス（利用者全額負担）		料金※3	備考	
		包含※2	都度※2			
食事介助	なし	あり	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり			
おむつ代	なし	あり	あり			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	あり		実費負担 清拭：入浴困難な時に随時	
特浴介助	なし	あり	あり		週3回入浴時介助	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	あり		毎日朝・夜及び入浴時に一部介助	
機能訓練	なし	あり	あり		身体状況に応じた訓練	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	あり			
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	あり		1時間につき1500円。交通費実費負担	
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	あり		週2回	
リネン交換	なし	あり	あり		週2回外部委託	
日常の洗濯	なし	あり	あり		必要であれば食事の都度	
居室配膳・下膳	なし	あり	あり			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	あり			
おやつ	なし	あり	あり			
理美容師による理美容サービス	なし	あり	あり		外部業者、実費負担	
買い物代行	なし	あり	あり		1時間1500円・実費負担	
役所手続き代行	なし	あり	あり			
金銭・貯金管理	なし	あり	あり			
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	あり		年2回。実費負担。	
健康相談	なし	あり	あり			
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり			
服薬支援	なし	あり	あり			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	あり			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり	あり		指定移送事業者でないため実施していない	
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	あり			
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	あり		1時間につき1500円。交通費実費負担	
入院中の洗濯物交換・買いい物	なし	あり	あり		1時間1500円・実費負担	

入院中の見舞い訪問

	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。
※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、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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。