

スマイリングホーム メディス川越
有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	信濃 尚子	記入年月日	2013年7月29日
		所属・職名	メディス川越・施設長

1. 事業者主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
	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	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	103 - 0027	
		東京都中央区日本橋二丁目16-11	
事業主体の連絡先	電話番号	03-5255-3338	
	FAX番号	03-5200-1177	
	ホームページアドレス	<input checked="" type="radio"/> なし	
		<input type="radio"/> あり	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	小川 宏隆	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成15年7月23日		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) すまいりんぐほーむ めでいすかわごえ	
	スマイリングホーム メディス川越	
施設の所在地	〒 350 - 1151	
	埼玉県川越市今福2725 - 1	
施設の連絡先	電話番号	049 - 245 - 1000
	F A X 番号	049 - 245 - 5533
	ホームページアドレス	なし
		<input checked="" type="radio"/> あり http://www.medis-corp.co.jp/plant/kawagoe/index.html
施設の開設年月日		平成25年5月1日
施設の管理者の 氏名及び職名	氏名	信濃 尚子
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR川越駅からバス10分(新所沢行)「八雲神社」下車徒歩1分		
施設の類型及び 表示事項	<input type="radio"/> 類型	介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)
	<input type="radio"/> 居室の権利形態	利用権方式
	<input type="radio"/> 利用料の支払い方式	月払い方式
	<input type="radio"/> 入居時の要件	入居時要支援・要介護
	<input type="radio"/> 介護保険	指定介護保険特定施設 (一般型特定施設)
	<input type="radio"/> 介護居室区分	全室居室
	<input type="radio"/> 一般型特定施設である有料老人ホームの介護に係る職員体制	3 : 1 以上
介護保険事業所番号	特定施設入居者生活介護事業所	第1170403396号
	介護予防特定施設入居者生活介護事業所	第1170403396号
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) () 内は介護予防特定施設		
事業の開始 (予 定) 年月日	平成25年5月1日	
指定の年月日	平成25年5月1日	
指定の更新年月日		

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	2	1	5		8	4.8
介護職員	11		2		13	11.8
機能訓練指導員		1			1	0.2
計画作成担当者	1				1	1.0
その他従業者	2		9		11	7.3
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					37.5 時間	
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	9		1			
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1級	1					
2級			1			
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
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						
看護師及び准看護師		1				
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称	看護師・介護支援専門員		
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合					2.5 : 1	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
「思いやりによる地域社会への貢献」を運営方針とし、利用者はもとより地域社会に寄与することを念頭に、利用しやすく公平で効率的なサービスを提供する。			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
介護職員処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	
介護等に関する空室の短期利用の有無	なし	あり	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称	医療法人 埼玉病院		
住所	埼玉県川越市西小仙波町1-8-3		
連絡先	049-224-5911		
診療科目	内科・リウマチ・膠原病科・心療内科・リハビリテーション科・呼吸器科・人間ドッグ・各種健診		
協力内容	外来診療の受入れ、緊急時入院の受入れ、日常の健康管理、医療相談、検査、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）		
協力医療機関の名称	医療法人埼玉病院 あんずクリニック		
住所	埼玉県川越市連雀町23-10 連雀ビル102		
連絡先	049-228-7710		
診療科目	内科		
協力内容	外来診療の受入れ、訪問診療の実施、日常の健康管理、職員に対する指導、医療相談、検査、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）		
協力医療機関の名称	医療法人三慶会 指扇病院		
住所	埼玉県さいたま市西区宝来1295-1		
連絡先	048-623-1101		
診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科・放射線科・皮膚科・耳鼻咽喉科・歯科		
協力内容	外来診療の受入れ、緊急時入院の受入れ、職員に対する指導、検査、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）		
協力医療機関の名称	医療法人社団七福会 ホリイマームクリニック さいたま		
住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-1-12		
連絡先	048-648-1121		
診療科目	内科・リハビリテーション科・外科		
協力内容	外来診療の受入れ、訪問診療の実施、日常の健康管理、職員に対する指導、医療相談、検査、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 医療法人岸田会 岸田歯科医院
住所	埼玉県鶴ヶ島市五味ヶ谷232-1		
連絡先	049-279-1488		
診療科目	歯科		
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。）		

施設の入居に関する要件										
自立している者を対象			なし		あり					
要支援の者を対象			なし		あり					
要介護の者を対象			なし		あり					
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） 主な解除事由 ・ 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）							
体験入居の内容			30日までの体験入居が実施できます。1日あたり12,325円（税込）です。内訳：室料2,600円、管理費2,415円、食費2,310円、介護サービス費5,000円							
入居定員			40名							
その他										
入居者の状況										
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月の末日）										
	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	合計	
65歳未満				1				1	2	
65歳以上75歳未満							1	1	2	
75歳以上85歳未満				2	1	5	4	5	17	
85歳以上		1		4	3	4	3	4	19	
入居者の平均年齢				84.15 歳						
入居者の男女別人数				男性		13 名		女性		27 名
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）							100 %			
前年度の有料老人ホームを退居した者の人数										
	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	合計	
自宅等								1	1	
社会福祉施設				1			2		3	
医療機関					1	2	1		4	
死亡者						1	1		2	
その他									0	
入居者の入居期間										
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				
入居者数	4	4	20	12						

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	施設窓口担当者（施設長） 信濃 尚子		
電話番号	049 - 245 - 1000		
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	
定休日等	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		
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口			
窓口の名称	川越市役所保健福祉部 介護保険課		
電話番号	049 - 224 - 8811		
対応している時間	平日	8：30～17：15	
	土曜	-	
	土曜・日曜・祝日	-	
定休日等	土・日曜、祝日は休み		
窓口の名称	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		
電話番号	048 - 824 - 2568		
対応している時間	平日	8：30～17：00	
	土曜・日曜・祝日	-	
定休日等	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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(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)	
その他、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に関すること			
<input checked="" type="radio"/>	あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)	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。スマイリングホーム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、施設をご利用なさる方々にも、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。私たちはそれを「スマイリングホーム」と名付け、介護する方も介護される方も、みんな笑顔で、我が家同様に過ごしていただきたいと思います。		
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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/>	あり	実施した年月日	
		実施した評価期間の名称	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし あり

一時金方式・月払い方式共通			
介護保険サービスの自己負担額			
内容	※ 要介護状態に応じて介護費用の1割を徴収する。		
要介護者等の介護保険給付における自己負担額			
区分	介護給付費の単位	月額(30日分)の目安	自己負担額
要支援1	196 単位/日	60,387 円/月	6,039 円/月
要支援2	453 単位/日	139,569 円/月	13,957 円/月
要介護1	560 単位/日	172,536 円/月	17,254 円/月
要介護2	628 単位/日	193,486 円/月	19,349 円/月
要介護3	700 単位/日	215,670 円/月	21,567 円/月
要介護4	768 単位/日	236,620 円/月	23,662 円/月
要介護5	838 単位/日	258,187 円/月	25,819 円/月
夜間看護体制加算	10 単位/日	3,081 円/月	309 円/月
看取り介護加算	死亡日前4～30日	80 単位/日	83 円/日
	死亡日前日・前々日	680 単位/日	699 円/日
	死亡日	1,280 単位/日	1,315 円/日
医療機関連携加算	80 単位/月	821 円/月	83 円/月
介護職員処遇改善加算	介護報酬(総単位数)に3.0%を乗じた額		
※1単位=10.27円			
※夜間看護体制加算、看取り介護加算は、要介護1～5の方のみが対象となります。			
人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)		なし	あり
内容			
利用者	円 (月額 ・ 日額)		
算定根拠			
支払方法	月単位(日割の有無 あり ・ なし)		
利用者の個別的な選択による生活支援サービス		なし	あり
算定根拠	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。 (介護サービス等一覧表を参照)		
月額利用料の支払方法			
振込			
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)		
料金の改定手続き			
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、運営懇談会の意見を聴いた上で変更します。			

6. その他

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	なし	あり
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

- 添付書類1: 「介護サービス等の一覧表」
- 添付書類2: 「消耗品価格表」
- 添付書類3: 「重度化した場合における対応に係る指針」

【特定施設商品価格表】12.04版

商品コード	商品名	単位	税込販売単価
10167	ライフリー リハビリパンツ レギュラー-S(ハラ)【ジャンボパック】	1pac(24枚)	¥3,615
10170	ライフリー リハビリパンツ レギュラー-M(ハラ)【ジャンボパック】	1pac(22枚)	¥3,564
10171	ライフリー リハビリパンツ レギュラー-L(ハラ)【ジャンボパック】	1pac(20枚)	¥3,513
10172	ライフリー リハビリパンツ レギュラー-LL(ハラ)【ジャンボパック】	1pac(18枚)	¥3,462
10178	Gライフリー 座位安心パッド	1pac(45枚)	¥4,064
10180	Gライフリー 座位安心パッド	1pac(15枚)	¥3,056
10193	心とお肌のケアパッド 男女共用 スーパー	1pac(22枚)	¥2,449
10197	心とお肌のケアパッド 男女共用 レギュラー	1pac(34枚)	¥2,911
10291	心とお肌のケアパッド 男性用 スーパー	1pac(14枚)	¥1,838
10290	心とお肌のケアパッド 男性用 レギュラー	1pac(22枚)	¥1,904
10216	リハビリパンツ スホンを脱がずに交換タイプ M	1pac(14枚)	¥3,318
10217	リハビリパンツ スホンを脱がずに交換タイプ L	1pac(12枚)	¥3,267
20428	PUサルバパッド 男性用	1pac(68枚)	¥3,523
20429	PUサルバパッド 男女共用	1pac(68枚)	¥3,523
1331001	リフレ はくパンツ スリムタイプ S	1pac(22枚)	¥2,939
1331002	リフレ はくパンツ スリムタイプ M	1pac(20枚)	¥3,106
1331003	リフレ はくパンツ スリムタイプ L	1pac(18枚)	¥3,099
1331004	リフレ はくパンツ スリムタイプ LL	1pac(16枚)	¥2,832
1331006	リフレ はくパンツ レギュラー S	1pac(22枚)	¥3,261
1331007	リフレ はくパンツ レギュラー M	1pac(20枚)	¥3,801
1331008	リフレ はくパンツ レギュラー L	1pac(18枚)	¥3,801
1331009	リフレ はくパンツ レギュラー LL	1pac(16枚)	¥3,728
1331034	リフレ 大きい人の はくパンツ 3L	1pac(14枚)	¥3,728
1331010	リフレ はくパンツ 夜用スーパー ML	1pac(20枚)	¥4,256
1331011	リフレ はくパンツ 夜用スーパー LL	1pac(18枚)	¥4,161
1331012	リフレ パッドタイプ レギュラー 男女兼用	1pac(30枚)	¥1,364
1331013	リフレ パッドタイプ ハワフル	1pac(30枚)	¥1,610
1331014	リフレ パッドタイプ ワイド	1pac(30枚)	¥1,789
1331015	リフレ パッドタイプ ビック	1pac(30枚)	¥3,025
1331016	リフレ サラケアパッド ワイドロング	1pac(30枚)	¥2,746
1331017	リフレ サラケアパッド ワイドロング スーパー	1pac(30枚)	¥3,279
1331018	リフレ サラケアパッド ビック	1pac(30枚)	¥4,003
1331019	リフレ スピード キャッチ ビック	1pac(30枚)	¥4,266
1331020	リフレ フラットタイプ レギュラー	1pac(30枚)	¥1,792
1331021	リフレ サラケアパッド スーパー ビック	1pac(30枚)	¥5,167
1331022	リフレ 簡単テープ止めタイプ SS	1pac(34枚)	¥5,279
1331023	リフレ 簡単テープ止めタイプ S	1pac(34枚)	¥5,829
1331024	リフレ 簡単テープ止めタイプ 小さめM	1pac(32枚)	¥5,030
1331025	リフレ 簡単テープ止めタイプ M	1pac(30枚)	¥5,209
1331026	リフレ 簡単テープ止めタイプ L	1pac(26枚)	¥5,774
1331027	リフレ 簡単テープ止めタイプ 大きめL	1pac(22枚)	¥5,388
1331035	リフレ 簡単テープ止めタイプ 小さめL	1pac(26枚)	¥5,465
1331028	リフレ へんしん自在ぴタッチパンツ ML	1pac(14枚)	¥3,861
1331029	リフレ へんしん自在ぴタッチパンツ LL	1pac(12枚)	¥3,772

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行います。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

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おいただくことをお願いします。

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、職員間での意思疎通に努めます。

上記の通り内容の説明を致しました。

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 印

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者氏名 印

説明を受けた者 印