

第2号様式(第6条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書  
(ホームステーションらいふ溝口)

作成日 2019年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社らいふ
代表者名	吉田 伸一
所在地	東京都品川区東品川 2-2-24
電話番号/FAX番号	03-5769-7268 / 03-5769-7269
ホームページアドレス	http://www.life-silver.com
資本金(基本財産)	1億円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	吉田伸一(79.6%) 吉田貞子(6.1%)
設立年月日	1995年11月9日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)10,587百万円 (費用)10,190百万円 (損益)397百万円
主要取引金融機関	横浜銀行・みずほ銀行・三井住友銀行・りそな銀行
会計監査人との契約	無・有( )
他の主な事業	介護保険指定事業(訪問介護、居宅介護支援、特定施設入居者生活介護、通所介護)、環境衛生検査分析事業

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	ホームステーションらいふ溝口	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 (一般型・外部サービス利用型) 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	1 指定介護保険特定施設 (番号1475301006 指定年月日:平成17年9月1日) 介護専用型・混合型(外部サービス利用型) 地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	3 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可( ) 2 提携ホーム移行型( )
開設年月日	2005年9月1日	
施設の管理者氏名	臼井 弘一	

所在地	神奈川県川崎市高津区久本 3-2-5																																								
電話番号／FAX番号	044-850-5567 / 044-850-5568																																								
メールアドレス	mizokuti@life-silver.com																																								
交通の便 ※3	JR南武線・東急田園都市線 溝の口駅徒歩3分																																								
ホームページアドレス	<a href="http://www.life-silver.com">http://www.life-silver.com</a>																																								
敷地概要 ※4	権利形態 所有 ・ 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 859.11㎡																																								
建物概要	権利形態 所有 ・ <span style="border: 1px solid black;">借家</span> (借家の場合の契約形態) <span style="border: 1px solid black;">通常借家契約</span> ・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 平成17年3月1日～平成37年2月28日(通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・ <span style="border: 1px solid black;">有</span> 建物の構造 RC造 地下-階 地上4階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積 1,934.07㎡ (うち有料老人ホーム1,934.07㎡) 建築年月日 昭和62年 4月 9日建築 改築年月日 平成18年 8月31日 改築建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他( )																																								
居室、一時介護室の概要	居室総数 54室 定員 54人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>54室</td> <td>12.96㎡～13.20㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積	居室	個室	54室	12.96㎡～13.20㎡	うち2人定員	室	㎡～㎡	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡	人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡	一時介護室	個室	室	㎡～㎡	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡	人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡											
	居室定員	室数	面積																																						
居室	個室	54室	12.96㎡～13.20㎡																																						
	うち2人定員	室	㎡～㎡																																						
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																																						
	人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																																						
一時介護室	個室	室	㎡～㎡																																						
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																																						
	人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																																						
共用施設・設備の概要(設置箇所、面積、設備の整備状況等)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>食堂</td> <td>設置階 1階</td> <td>( 113.0㎡)</td> </tr> <tr> <td>浴室(一般浴槽)</td> <td>設置階 1階</td> <td>( 51.6㎡)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室(介護浴槽)</td> <td>リフト浴</td> <td>設置階 1階 ( — ㎡)</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴</td> <td>設置階 1階 (一般浴に含む㎡)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所 1階～5階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所 1階～5階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階 4階</td> <td>( 12.96㎡)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階 2階～5階</td> <td>( 25.92㎡)</td> </tr> <tr> <td>応接室/面談室</td> <td>設置階 2階</td> <td>( 12.96㎡)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階 1階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>洗濯室</td> <td>設置階 2、4階</td> <td>( 8.95㎡)</td> </tr> <tr> <td>汚物処理室</td> <td>設置階 2～5階</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護・介護職員室</td> <td>設置階 4階</td> <td></td> </tr> </table>			食堂	設置階 1階	( 113.0㎡)	浴室(一般浴槽)	設置階 1階	( 51.6㎡)	浴室(介護浴槽)	リフト浴	設置階 1階 ( — ㎡)	ストレッチャー浴	設置階 1階 (一般浴に含む㎡)	便所	設置箇所 1階～5階		洗面設備	設置箇所 1階～5階		医務室(健康管理室)	設置階 4階	( 12.96㎡)	談話室	設置階 2階～5階	( 25.92㎡)	応接室/面談室	設置階 2階	( 12.96㎡)	事務室	設置階 1階		洗濯室	設置階 2、4階	( 8.95㎡)	汚物処理室	設置階 2～5階		看護・介護職員室	設置階 4階	
食堂	設置階 1階	( 113.0㎡)																																							
浴室(一般浴槽)	設置階 1階	( 51.6㎡)																																							
浴室(介護浴槽)	リフト浴	設置階 1階 ( — ㎡)																																							
	ストレッチャー浴	設置階 1階 (一般浴に含む㎡)																																							
便所	設置箇所 1階～5階																																								
洗面設備	設置箇所 1階～5階																																								
医務室(健康管理室)	設置階 4階	( 12.96㎡)																																							
談話室	設置階 2階～5階	( 25.92㎡)																																							
応接室/面談室	設置階 2階	( 12.96㎡)																																							
事務室	設置階 1階																																								
洗濯室	設置階 2、4階	( 8.95㎡)																																							
汚物処理室	設置階 2～5階																																								
看護・介護職員室	設置階 4階																																								

	機能訓練室	設置階 1階 ( 113.0m <sup>2</sup> )他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	健康・生きがい施設	設置階 1階 ( 25.92 m <sup>2</sup> )
	エレベーター ※5	基(うちストレッチャー搬入可 基)
	スプリンクラー	設置箇所 全館
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 ( . m～ . m)
消防用設備等	消火器	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	自動火災報知設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	火災通報設備	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	スプリンクラー	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	防火管理者	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 ・ナースコール 設置箇所 共用の浴室、トイレ、洗面台、居室 安否確認の方法・頻度等 ・1時間ごとにヘルパーが巡回 (夜間はヘルパーが2時間ごとに巡回)	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合(指定居宅介護支援を含む)は、その種類と番号を記載すること。

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8		前払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取り扱い		1 減額なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
	手続き方法			

## (2) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	1、郵便局引落 毎月20日 2、銀行引落 毎月翌月27日 3、振込 毎月月末						
敷金	<input type="checkbox"/> 無・有( 円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	238,600 円						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	238,600	32,400		64,800	32,400	109,000	
算定根拠 ※11	管理費	事務、管理、生活サービス等に係る人件費、共用施設等の維持、管理備品、消耗品費。					
	介護費用	介護保険負担割合証に記載の割合に応じた自己負担額					
	食費	内訳：業務委託費、食材費、厨房部分の水光熱費、厨房機器リース費用 日額2,160円(内訳 朝食：695円、昼食：695円、夕食：695円、おやつ：75円)×30日					
	光熱水費	水道・電気・給湯・冷暖房等の使用料、居室にかかわる料金も含む。					
	家賃相当額	当社実績値より算出					
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	<p>○別紙「介護サービスの一覧表」に記載 おむつ代、介護用品費(個別にご希望の方のみ)、特別食(通常食との差額)、行事費(材料費等)、嗜好品購入費、理・美容費、医師の往診、医療費、健康診断は実費。 通院・入退院介助(提携医以外)1,620円/30分(税込)。 定期以外の個人的な希望による施設外への買い物代行、外出介助1,620円/30分(税込)。</p> <p>○別紙「料金表」に記載 退去時の居室清掃料 48,600円(税込)(原則、滞在期間1カ月以上入居の場合に、通常損耗か否かに関わらず発生します。) 室内清掃、滅菌消毒、壁拭き上げ、換気扇のクリーニング、窓ガラス洗浄、エアコンの内部洗浄(室外機含む)、空間消臭除菌作業(ペポパ等)一式。 なお、クロスの補修・張替えについては、通常の使用により生ずる損耗を除き別途実費をご請求させていただきます。</p>						

介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)
	要介護1	191,569円	19,057円
	要介護2	213,188円	21,319円
	要介護3	237,201円	23,721円
	要介護4	259,466円	25,947円
	要介護5	283,136円	28,314円
	各種加算の状況		
	身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u> )	
	退院・退所時連携加算	(無・ <u>有</u> )	
	入居継続支援加算	(無・ <u>有</u> )	
	生活機能向上連携加算	(無・ <u>有</u> )	
	個別機能訓練加算	(無・ <u>有</u> )	
	夜間看護体制加算	(無・ <u>有</u> )	
	若年性認知症入居者受入加算	(無・ <u>有</u> )	
	医療機関連携加算	(無・ <u>有</u> )	
	口腔衛生管理体制加算	(無・ <u>有</u> )	
	栄養スクリーニング加算	(無・ <u>有</u> )	
	看取り介護加算	(無・ <u>有</u> )	
	認知症専門ケア加算	(無・ <u>有</u> )	(I) (II)
	サービス提供体制強化加算	(無・ <u>有</u> )	(I)イ
			(I)ロ
			(II)
			(III)
	介護職員処遇改善加算	(無・ <u>有</u> )	<u>I</u>
II			
III			
IV			
V			
介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)			
区 分	月 額	利用者負担額 (割の場合)	
要支援1	63,912円	6,392円	
要支援2	108,797円	10,880円	
各種加算の状況			
身体的拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u> )		
生活機能向上連携加算	(無・ <u>有</u> )		
個別機能訓練加算	(無・ <u>有</u> )		
若年性認知症入居者受入加算	(無・ <u>有</u> )		
医療機関連携加算	(無・ <u>有</u> )		
口腔衛生管理体制加算	(無・ <u>有</u> )		
栄養スクリーニング加算	(無・ <u>有</u> )		
認知症専門ケア加算	(無・ <u>有</u> )	(I)	
		(II)	
サービス提供体制強化加算	(無・ <u>有</u> )	(I)イ	
		(I)ロ	

			(Ⅱ)
			(Ⅲ)
	介護職員処遇改善加算	(無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	<input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ

(3) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	<p>1、月額施設利用料については、当ホームの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、公共料金などを勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会意見を聞いて、改定する場合があります。</p> <p>2、介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合、それに応じて変動します。</p>
一時金の返還金の保全措置	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 保全措置の内容( ) 無の場合の理由( )
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合の保険名(東京海上日動火災保険株式会社)
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額とおむつ代。なお、それ以外の費用は消費税を含んだ金額です。
短期利用の設定（短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある）	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 総額表示のこと。

※8 一時金方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 入居一時金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは枠内に記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、看取り介護加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

#### 4 サービスの内容

##### (1) 全体の方針

運営に関する方針	地域に開かれた施設として、地域住民やボランティアの積極受け入れを実施する。身体拘束ゼロを目指し、身体拘束廃止委員による取り組みを継続的に実施する。「真の」プロフェッショナルな介護職員を育成し、各自がプライドを持った介護サービスを提供する。
サービスの提供内容に関する特色	入居者一人一人の心身状態に合わせた介護サービス計画の作成及び実施を徹底し、ADLの向上を図る。入居者様が自然体で快適に暮らして頂けるよう新生活サービスを充実させ実施する。
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

##### (2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	事務、管理に係る人件費、共用施設の維持、管理、備品、消耗品費
	食費	朝・昼・夕食・おやつ、配膳
	その他	生活サービス、居室の掃除、洗濯
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護サービス等の一覧表による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	給食委託・・・株式会社センダン 施設での食事提供全般	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	施設及び本社 ・施設担当者・・・らいふ溝口 施設長 TEL 044-850-5567 ・施設内2カ所に意見箱を設置 ・本社施設事業部・お客さま窓口TEL 03-5769-7268	

	<p style="text-align: center;">フリーダイヤル 0120-055-218</p> <p>施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 Tel 0570-022110 (苦情専用)</li> <li>・川崎市健康福祉局高齢者事業推進課 Tel 044-200-2666</li> <li>・その他行政の介護保険相談窓口 市区町村名および部署 ( ) Tel</li> </ul>
事故発生時の対応 (医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等)	<p>事故の発生時は施設内マニュアルに沿って速やかに応急措置、協力医療機関へ連絡し、指示を仰ぐ。若しくは 119 番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。また、事故についての記録・検証を行い、今後の防止策を講じます。</p>
事故発生の防止のための指針	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p>
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	<p>サービスの提供にあたり、利用者または他の入居者等の生命または身体を保護する為の緊急をやむを得ない場合のみ、確約した方法と時間帯においてのみ最小限度の身体拘束を行う。</p> <p><b>【緊急やむを得ない場合の判断基準】</b></p> <p>A、入居者 (利用者) 本人又は他の入居者 (利用者) 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。</p> <p>B、身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替える看護・介護方法がない。</p> <p>C、身体拘束その他の行動制限が一時的である。</p> <p><b>【やむを得ず身体拘束を行う場合の手続】</b></p> <p>I 内容をご家族に説明の上、同意を頂く。必要書類「緊急をやむを得ない身体拘束に関する説明書」①A. B. Cを全て満たしている場合のみ、緊急やむを得ず、確約した方法と時間帯においてのみ最小限度の身体拘束を行う。②解除することを目標に検討することを約束する。③上記書類の解除予定日またはモニタリング・カンファレンスにおいて、状況の変化がみられ解除あるいは時間や拘束方法の変更が必要となった場合、書類を新たに作成し家族へ再度説明・同意を得る。</p> <p>II 日々の記録①「身体拘束の記録」 a. 拘束の必要な理由・期間・時間帯を明記 b. 1 P 4日分 内容と時間帯を表に記入。拘束中の観察記録・一時解除の状況などを特記事項に記入。記入者はサイン又は捺印する。 c. 身体拘束委員による確認印 d. 身体拘束委員長による確認印・施設長による確認印②「介護・看護記録」</p> <p>III 会議・勉強会「身体拘束禁止委員会・高齢者虐待防止委員会」①対象者がいる場合は毎月行う。いない場合は2ヶ月に一度、委員会による話し合い、勉強会を設ける。②経過観察・再検討記録を記録する。</p>
損害賠償 (対応方針及び)	<p>施設内で不慮の事故が発生した場合は、損害補償保険にて支払う</p>



損害保険契約の概要等)	。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがある。		
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有		
	入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有		
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	有	実施日	
		結果の開示	1 有 2 無
<input type="checkbox"/> 無			
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 有 2 無
<input type="checkbox"/> 無			

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や(社)全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

## 5 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	居室等 ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。
入を居住後に替居え室る又場合は合施設	<p>居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)</p> <p>—</p> <p>適切な介護サービス提供のため、入居者の身体状況により居室を変更する場合があります。なお、利用権の対象居室は当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。</p> <p>①緊急やむを得ない場合を除き、一定の観察期間を設けます。</p> <p>②事業所の指定する医師の意見を聴きます。</p> <p>③入居者の意思を確認し、同意を得ます。</p> <p>④入居者と引受人等の意見を聴き、同意を得ます。</p> <p>⑤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及び身元引受人等に説明を行います。</p> <p>⑥介護場所変更に伴う費用は、前居室の利用者の故意・過失による破損等があった場合のみ、修繕・クリーニング料金を実費にて負担していただきます。</p> <p>その他、追加料金は発生しません。</p>

	提携ホームへ住み替える場合（同上）	—
--	-------------------	---

## 6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人社団七福会 ホイマムクリニック旗の台 TEL 03-5749-5881
	診療科目	内科・外科・整形外科・耳鼻咽喉科・心療内科
	所在地	東京都品川区旗の台2-1-22-3F
	距離及び所要時間	車で約17分
	協力内容	健康相談、往診、健康診断等
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	中田歯科医院
	診療科目	歯科
	所在地	神奈川県川崎市高津区溝口1-6-1
	距離及び所要時間	210m 2分
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	<p>協力医療機関又は入居者が選択する医療機関にて治療を受けます 通院ー・通院同行は、1,620円（税込）／30分 （協力医療機関以外のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療に関わる費用は入居者の負担となります。</li> </ul> <p>入院ー・入退院の移送、同行は、1,620円（税込）／30分 （協力医療機関以外のみ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院に係る費用は入居者の負担となります。</li> </ul> <p>※入院中、居室をそのままの状態を維持しておく場合は キープ料をお支払い下さい。 入院中のキープ費用： 15日未満 3,240円/日 15日以上 7,200円/日 清算方法：入院後のキープ料を前払いにて支払っている月額利用料から差し引き残金を返金します。</p>	

## 7 入居状況等

（2019年7月1日現在）

入居者数及び定員	48人（定員 54人）	
入居者内訳	性別	男性 18人、女性 30人

	介護の 要否別	自立 0人 要介護 39人 要介護 1 5人 要介護 2 7人 要介護 3 12人 要介護 4 10人 要介護 5 5人 要支援 3人 (内訳)要支援 1 2人 要支援 2 1人 未認定 6人
平均年齢	86.7歳 (男性 84.4歳、女性 87.9歳)	
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役 職員を除く参加者数、 主な議題等)	開催日 2018年11月14日 4名参加 議題 ○ご入居者様の QOL 向上、○社内教育研修の取組み、○リス ク管理(地震 BCP の取組み)、○メディア関連、○施設の近況 報告、○事故の概況、○お客様アンケートのご協力お願い 開催日 2019年6月11日 4名参加 議題 ○24期決算報告、○認知症と減薬の取組み、○新規開設・ 事業所、○メディア関連、○施設の近況報告、○事故の概 況、○職員募集のご協力をお願い	

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

## 8 職員体制

### (1) 職種別の職員数等

(2019年7月1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従業者の内訳	管理者	1 ( )			
	生活相談員	1 ( )			
	直接処遇職員	23 ( )			2
	介護職員	20 ( 10 )	18.6		2
	看護職員	3 ( 1 )	2.1		0
	機能訓練指導員	1 ( )			
	理学療法士	( )			
	作業療法士	( )			
	その他	( )			
	計画作成担当者	( )			
	医師	( )			
	栄養士	1 ( )			
	調理員	5 ( 1 )			
	事務職員	( )			
その他職員	( )				

合 計	31 ( )				
-----	--------	--	--	--	--

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

(2) 職員の状況

管理者		他の職務との兼務				1 あり		2 なし			
		兼務に係る資格等		1 あり				2 なし			
				資格等の名称							
		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											
前年度1年間の退職者数											
業務に 応じた 従事し た職員 の経験 年数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					1 あり		2 なし				

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援1の人数	3	3	4

要支援2及び要介護者の人数	52	51.3	51.1
指定基準上の直接処遇職員の人 数 ※16	18	18	18
配置している直接処遇職員の人 数 ※17	21	22	23
要支援者・要介護者の合計数 人に対する配置直接処遇職員 の人数の割合	3:1	3:1	3:1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	7:30 ~ 16:30	
	日勤	8:30 ~ 17:30	
	遅番	10:30 ~ 19:30	
	夜勤	16:30 ~ 10:30	
	看護職員 早番	: ~ :	
	日勤	8:30 ~ 17:30	
	遅番	: ~ :	
	夜勤	: ~ :	

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

#### ○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 ( 人 )	ホームヘルパー1級	人 ( 人 )
介護福祉士	2人 ( 2人 )	ホームヘルパー2級	9人 ( 人 )
介護支援専門員	人 ( 人 )	ホームヘルパー3級	人 ( 人 )
介護職員基礎研修修了	人 ( 人 )	無資格者	4人 ( 人 )

注) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を ( ) に外数で記入する。

#### 9 入居・退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況 (自立・要支援・要介護) 等)	介護保険の認定を受けている方で、要支援または要介護の方。 感染症保持の方、奇声、暴力行為をされる方は、ご入居をお断りする場合があります。
身元引き受け人等の条件及び義務等	1 ご入居の際は、身元引受人を定めるものとします。ただし、身元引受人を定めることができない相当の理由が認められる場合は、この限りではありません。 身元引受人は、本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います。 また、必要な時は入居者の身柄を引き取ります。 2 事業者は入居者の生活において必要な場合には、身元引受人

	への連絡、協議等に努めるものとします。 3 事業者は、入居者の生活及び健康状況及びサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 4 身元引受人は入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受け等を行うものとします。		
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <input checked="" type="checkbox"/> 可		
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>(事業者からの解約)</p> <p>1 事業者は入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由がなく、しばしば遅延するとき</p> <p>三 入居契約書第20条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき。</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者及び当施設職員の生命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。</p> <p>五 入居者の健康状態が悪化し施設での生活を継続することは困難であり、医師(主治医等)が医療機関等での治療・療養が必要と判断したとき。また、この指示を拒否したとき。</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告について3月の予告期間をおく</p> <p>二 前号の規定に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除予告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、入居者や身元引受人等その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 1四によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの契約解除)</p> <p>1 入居者は、事業者に対して、別途定める解約届を退去日の7日前までに提出することにより、本契約を解除することができます。</p> <p>2 入居者が、前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合は、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して7日目をもって本契約は解約されたものとみなします。</p> <p>(返還金について)</p> <p>既に払い込まれている月額利用料は、日割りの利用料を差し引き返還します。</p>		
度 年 前	退去先別の人数	自宅等	人

		社会福祉施設	人	
		医療機関	人	
		死亡者	人	
		その他	人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	人
体験入居の期間及び費用負担等		1泊2日 5,400円(税込)(宿泊費・介護サービス料・食費込み) ※介護保険は適用外になります。		

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、入居一時金の返還時期等を正確に記入。

#### 10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	<input type="checkbox"/> 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	<input type="checkbox"/> 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	<input type="checkbox"/> 非公開
	財務諸表の公開	<input type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	<input checked="" type="checkbox"/> 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	<input type="checkbox"/> 非公開

※20 指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：「別添1 介護サービス等の一覧表」

—「別添2 短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)—

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

年 月 日 署 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 介護サービス等の一覧表

	自立		要支援		要介護Ⅰ～Ⅴ	
介護を行う場所	介護居室		介護居室		介護居室	
	一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス						
○巡回						
・昼間 9時～17時	—	—	1時間毎に巡回	—	1時間毎に巡回	—
・夜間 17時～9時	—	—	2時間毎に巡回	—	2時間毎に巡回	—
○食事介助	—	—	計画に基づき随時。 必要に応じ、見守り または介助	—	必要に応じ、見守り または介助	—
○排泄	—	—				
・排泄介助	—	—	計画に基づき随時。 必要に応じ、見守り または介助	—	〔 毎日5回及び随時 全面介助 〕	—
・おむつ交換	—	—	—	—		—
・おむつ代	—	—	—	実費		—
○入浴						
・清拭	—	—	必要に応じ随時	—	必要に応じ随時	—
・一般浴介助	—	—	原則週2回入浴時見守り または介助	—	原則週2回入浴時見守り または介助	—
・特浴介助	—	—	身体的状況により週2回 特浴介助	—	身体的状況により週2回 特浴介助	—
○身辺介助						
・体位交換	—	—	—	—	〔 2時間おき及び随時の オムツ交換時 車椅子での移動介助 〕	—
・居室からの移動	—	—	杖 歩行器で介助	—		—
・衣類の着脱	—	—	毎朝・夜および入浴時他、適宜	—	毎朝・夜および入浴時他、適宜	—
・身だしなみ介助	—	—	毎朝・夜および入浴時他、適宜	—	毎朝・夜および入浴時他、適宜	—
○機能訓練	—	—	計画に基づき随時	—	計画に基づき随時	—
○通院の介助	—	通院の付添い 1,620円/30分	—	通院の付添い(提携医以外) 1,620円/30分	—	通院の付添い(提携医以外) 1,620円/30分
○緊急時対応						
・ナースコール	24時間対応	—	24時間対応	—	24時間対応	—
生活サービス						
○家事						
・清掃	—	自費 1,030円/h	週1回必要に応じ随時	—	週1回必要に応じ随時	—
・洗濯	—	自費 1,030円/h	週2回	—	週2回	—
○居室配膳・下膳	—	—	身体的状況により随時	—	身体的状況により随時	—
○リネン交換	原則週1回	—	原則週1回	—	原則週1回	—
○理美容	—	実費	—	実費	—	実費
○代行等						
・定期買い物	—	—	週1回	—	週1回	—
・個人的な希望による買い物	—	1,620円/30分	—	1,620円/30分	—	1,620円/30分
健康管理サービス						
・健康診断	年2回の機会提供	—	年2回の機会提供	—	年2回の機会提供	—
・健康相談	都度	—	都度	—	都度	—
・生活指導	月1回、必要に応じ随時	—	月1回、必要に応じ随時	—	月1回、必要に応じ随時	—
・医師の往診	—	実費	—	実費	—	実費
入退院時、入院中のサービス						
・医療費	—	実費	—	実費	—	実費
・移送サービス	—	入退院への付き添い 1,620円/30分	—	入退院への付き添い(提携医以外) 1,620円/30分	—	入退院への付き添い(提携医以外) 1,620円/30分
その他サービス						
・レクリエーション	週2回または随時 行事ごとのお祝い会で提供	材料費等は実費 通常食との差額	週2回または随時 行事ごとのお祝い会で提供	材料費等は実費 通常食との差額	週2回または随時 行事ごとのお祝い会で提供	材料費等は実費 通常食との差額
・特別食	—	—	—	—	—	—



## 【ホームステーションらいふ溝口】川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	無	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	無	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
10	看護・介護職員室	有	適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
15	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

## その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

例(夜間対応職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。