

第2号様式(第6条関係)

サービス付き高齢者向け住宅兼(介護予防)特定施設入居者生活介護
重要事項説明書
(グランドステーションらいふ武蔵新城)

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
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 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、サービス付き高齢者向け住宅)、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	グランドステーションらいふ武蔵新城	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 (<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	<input type="checkbox"/> 1 指定介護保険特定施設 (番号1475201727 指定年月日:平成21年4月1日) 介護専用型・ <input type="checkbox"/> 混合型・混合型(外部サービス利用型) 地域密着型・ <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	2009年4月1日	

施設の管理者氏名	木村 絵里			
所在地	神奈川県川崎市中原区下新城 2-7-33			
電話番号／FAX番号	044-740-3191 / 044-740-3192			
メールアドレス	m-shinjo@life-silver.com			
交通の便 ※3	J R南武線 武蔵新城駅徒歩 12 分			
ホームページアドレス	http://www.life-silver.com			
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 1,305 m ²			
建物概要	権利形態 所有 ・ 借家 (借家の場合の契約形態) 通常借家契約 ・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2009年4月1日～2044年3月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・ 有 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地下階 地上4階建(耐火 ・準耐火・その他) 延床面積 1,494.88m ² (うち有料老人ホーム1,494.88m ²) 建築年月日 2007年 10月 31日建築 改築年月日 年 月 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 25室 定員38人(一時介護室を除く) (内訳)			
		居室定員	室数	面積
	居室	個室	25室	30.05 m ² ～32.00 m ²
		うち2人定員	13室	30.05m ² ～32.00m ²
		2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
		人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
	一時介護室	個室	室	m ² ～ m ²
		2人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
		人部屋(相部屋)	室	m ² ～ m ²
	食堂	設置階 1階	(102.46 m ²)	
	浴室(一般浴槽)	設置階 1階	(10.40 m ²)	
	浴室(特別浴槽)	設置階 1階	(10.80 m ²) 一般浴槽と同一の場所に設置	
	便所	設置箇所 1階～4階		
	洗面設備	設置箇所 1階～4階		
	医務室(健康管理室)	設置階 4階	(12.60 m ²)	
談話室	設置階 1階	(9.10 m ²)		
応接室/面談室	設置階 2階	(m ²)		
事務室	設置階 1階			
洗濯室	設置階 1階	(4.07 m ²)		
汚物処理室	設置階 2～4階			
看護・介護職員室	設置階 2、3階	(各 12.40 m ²)		

	機能訓練室	設置階 1、2、3階 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 ²)
	エレベーター ※5	1基(うちストレッチャー搬入可 1基)
	スプリンクラー	設置箇所 全館設置
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.8m~1.8m)
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		<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			
	手続き方法			

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	
------------	--

敷金	無・有（ 円、家賃相当額の か月分）					
入居一時金 (介護費用の一時金除く)	1 法第29条第6項に規定される前払金 円					
	2 上記以外の一時金 ~ 円					
	想定居住期間又は償却期間					
	算定の基礎（内訳）					
	解約時の返還金（算定方法等）					
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）					
初期償却の開始日						
介護費用の一時金	円 ~ 円					
算定の基礎（内訳）						
解約時の返還金（算定方法等）						
返還の対象とならない額の有無	無・有（ 円）					
初期償却の開始日						
月額利用料	円 ~ 円					
年齢に応じた金額設定	無・有					
要介護状態に応じた金額設定	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
算定根拠 ※11	管理費					
	介護費用					
	食費					
	光熱水費					
	家賃相当額					
その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12						

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料その他は、毎月請求書による支払。 請求時期：月末締め翌月18日請求書発送 1、郵便局引落 毎月翌月20日 2、銀行引落 毎月翌月27日
敷金	無・有（ 円、家賃相当額の か月分）
月額利用料	①個室 271,700円※特定施設未契約者は別途生活サポート費 ②個室（夫婦室）368,900円（家賃×1＋共益費・食費×2）

	③個室（夫婦室）401,300円※自立の方が1名いる場合 （上記②+1名分の生活サポート費） ※生活サポート費32,400円/月						
年齢に応じた金額設定	☐・有						
要介護状態に応じた金額設定	☐・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		共益費	生活サポ ート費	食費	光熱 水費	家賃 相当額	その他
	271,700	32,400		64,800	個別	174,500	
	368,900	64,800		129,600	個別	174,500	
	401,300	64,800	32,400	129,600	個別	174,500	
算定根拠 ※11	共益費	共用施設等の維持・管理および水光熱費、備品・消耗品費					
	生活サポート費	自立の方の生活相談、状況把握、緊急時対応					
	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	各個別メーターによる					
	家賃相当額	建物賃貸借支払家賃より算定					
	その他	生活サービス、居室の掃除、洗濯 （自立の方は「生活サポート費」で対応） *生活サポート費に含まれるもの 昼夜間巡回、安否確認、介護相談、レクリエーション費（人件費）、身だしなみ管理、タオル等入浴準備、緊急時・ナースコール対応（24時間）、服薬管理、ゴミ出し、食事の配下膳、定期の買い物代行、日常使用する金銭の管理、生活相談・助言、タオル・リネン・防災カーテン・寝具類のレンタル料、シーツ交換、体調不良時の生活サポート、健康相談、体温・血圧等のバイタルチェック、体調不良時の健康サポートなど。					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	○別紙「介護サービスの一覧表」に記載 おむつ代、介護用品費、特別食（通常食との差額）、行事費（材料費など）、嗜好品購入費、美・理容費、医師の往診、医療費。通院・入退院介助（介護保険ご利用の方は提携医以外）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）。火災保険及び借家人賠償責任保険加入料（2年毎）。						

<p>介護保険に係る利用料</p> <p>※13</p> <p>(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)</p>	<p>特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p>		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合)
	要介護1	190,569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)
			(I) II III IV V
			(I) 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 (1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)	
		(I) II III IV V	
		(I) II III IV V	

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	共益費	共用施設等の維持・管理および水光熱費、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 （自立の方は「生活サポート費」で対応） *生活サポート費に含まれるもの 昼夜間巡回、安否確認、介護相談、レクリエーション費（人件費）、身だしなみ管理、タオル等入浴準備、緊急時・ナースコール対応（24時間）、服薬管理、ゴミ出し、食事の配下膳、定期的買い物代行、日常使用する金銭の管理、生活相談・助言、タオル・リネン・防炎カーテン・寝具類のレンタル料、シーツ交換、体調不良時の生活サポート、健康相談、体温・血圧等のバイタルチェック、体調不良時の健康サポートなど。
（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LEOC 施設での食事提供全般

<p>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</p>	<p>施設及び本社</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設担当者・・・らいふ武蔵新城 施設長 TEL044-740-3191 ・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 フリーダイヤル0120-055-218 <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"> ・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） ・川崎市健康福祉局高齢者事業推進課 TEL 044-200-2666 ・その他行政の介護保険相談窓口 <p>市区町村名および部署（ ） TEL</p>		
<p>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>	<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。</p> <p>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>		
<p>事故発生の防止のための指針</p>	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p>		
<p>損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）</p>	<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。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。</p>		
<p>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</p>	<p>協会への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有</p>		
	<p>入居者基金への加入 <input type="checkbox"/> 無 ・ 有</p>		
<p>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</p>	<p>有</p>	<p>実施日</p>	
		<p>結果の開示</p>	<p>1 有 2 無</p>
<p><input type="checkbox"/> 無</p>			
<p>第三者による評価の実施状況</p>	<p>有</p>	<p>実施日</p>	
		<p>評価機関名称</p>	
		<p>結果の開示</p>	<p>1 有 2 無</p>
<p><input type="checkbox"/> 無</p>			

※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。	
入居を居住後に替居する又は合施設	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)	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。 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。 ②事業所の指定する医師の意見を聴きます。 ③入居者の意思を確認し、同意を得ます。 ④入居者と引受人等の意見を聴き、同意を得ます。 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。 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。 その他、追加料金は発生しません。
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)	
	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
	診療科目	内科・外科・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 20 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	菊池歯科医院
	診療科目	歯科
	所在地	東京都世田谷区奥沢 7-20-14
	距離及び所要時間	車で約 20 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</p> <p>通院一・通院同行は、1,620円(税込) / 30分 (協力医療機関以外のみ) ・治療に関わる費用は入居者の負担となります。</p> <p>入院一・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) ・入院に係る費用は入居者の負担となります。</p> <p>※入院中、居室をそのままの状態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</p> <p>清算方法：①入院日までの日割り料金②入院後のキープ料 上記①、②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	27人 (定員 38人)	
入居者内訳	性別	男性 9人、女性 18人
	介護の要否別	自立 0人 要介護 23人 要介護1 10人 要介護2 6人 要介護3 3人 要介護4 3人 要介護5 1人 要支援 4人 (内訳)要支援1 3人 要支援2 1人
平均年齢	87.4歳 (男性 87.6歳、女性 87.3歳)	
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等)	開催：2018年11月16日 参加者：9名 議題：1. 親孝行システム進捗、2. ご入居者様のQOL向上、3. 社内教育研修の取組み、4. リスク管理(地震BCP)の取組み、5. 施設からの連絡報告事項 開催：2019年6月17日 参加者：4名 議題：1. 24期決算報告、2. 認知症と減薬の取組み、3. メディア関連、4. 施設の近況報告、5. 事故の概況、6. 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	2 ()	1.0		※管理者・計画作成担当兼務
	直接処遇職員	19 (14)	12.0		2
	介護職員	17 (14)	10.2		2
	看護職員	2 ()	1.8		0
	機能訓練指導員	1 (1)			
	理学療法士	()			
	作業療法士	()			
	その他	1 (1)			
	計画作成担当者	1 ()			
	医師	()			
	栄養士	()			
調理員	()				

事務職員	()				
その他職員	()				
合計	22 (15)				

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							
				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											
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			
要支援2及び要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員 の人数 ※16	12	12	12

配置している直接処遇職員の人数 ※17	22.0	21.0	22.0
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 : 00 ~ 16 : 00	
	日勤	8 : 30 ~ 17 : 30	
	遅番	11 : 00 ~ 20 : 00	
	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	0人 (人)	ホームヘルパー 1 級	0人 (人)
介護福祉士	4人 (4人)	ホームヘルパー 2 級	16人 (1 人)
介護支援専門員	2人 (2人)	ホームヘルパー 3 級	0人 (人)
介護職員基礎研修修了	1人 (人)	無資格者	2人 (2 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. 当住宅の建物賃貸借契約及びサービス利用契約から生ずる、入居者のすべての債務の連帯保証 2. 建物賃貸借契約及び(介護予防) 特定施設入居者生活介護利用契約終了後の入居者の身柄引取り 3. 介護サービス提供計画 (生活プラン) への同意 4. 入居者の治療、入院に関する手配の協力 5. 利用契約終了時に入居者が生存していない場合の、敷金等の返還先銀行口座の指定
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	〈建物賃貸借契約における契約の解除〉 ・建物賃貸借契約書第9条 (契約の解除) に定める解除事由に該当したとき ・建物賃貸借契約書第10条 (甲からの解約) により解約の申し入

		れがあった場合 ・建物賃貸借契約書第11条（乙からの解約）により入居者が契約の解除を申し入れた場合 〈サービス利用契約における契約の解除〉 ・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第14条に定める解除事由に該当したとき ・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第15条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 ・特定施設入居者生活介護利用契約書第14条に定める解除事由に該当したとき ・特定施設入居者生活介護利用契約書第15条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 ・生活支援サービス契約書第9条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 （返還金について） 既に払い込まれている月額利用料は、日割の利用料を差し引き返還します。	
前年度における 退去者の状況	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)
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"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開
	財務諸表の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 非公開
	事業収支計画の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 (閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 非公開
	サービス記録の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 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 _____

年 月 日 署 名 _____

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に含むサービス	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に含むサービス	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に含むサービス	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 歩行器等で介助	—		—
・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 1,080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 1,080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	—	—	—	—	—	—

【グランド・ステーションらいふ武蔵新城】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)		不適合	<input checked="" 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	有	適合	<input 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	有	適合	<input 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	不適合	(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。