

重要事項説明書

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 記入年月日 | 平成30年7月1日             |
| 記入者名  | 荻野 寛規                 |
| 所属・職名 | サンライズ・ヴィラ北春日部・<br>施設長 |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 種類         | 個人/法人                                     |   |
|            | ※法人の場合、その種類                               | 営利法人  |
| 名称         | (ふりがな) らいくけあねくすとかぶしきがいしゃ<br>ライクケアネクスト株式会社 |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒101-0051<br>東京都千代田区神田神保町二丁目2番31号         |   |
| 連絡先        | 電話番号                                      | 03-3288-3351  |
|            | FAX番号                                     | 03-3288-3352  |
|            | ホームページアドレス                                | <a href="https://www.like-cn.co.jp/">https://www.like-cn.co.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名  | 福原 主騎   |
|            | 職名  | 代表取締役   |
| 設立年月日      | 昭和・平成 11年10月12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) さんらいず・う "いらきたかすかべ<br>サンライズ・ヴィラ北春日部 |   |
| 所在地           | 〒344-0058<br>埼玉県春日部市栄町1丁目82番地             |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                                       | 東武スカイツリーライン、東武野田線「春日部駅」   |
|               | 交通手段と所要時間                                 | 東武スカイツリーライン、東武野田線「春日部駅」下車、朝日バス「春日部エミナース」行き「栄橋」停留所下車徒歩100m(約2分)      |
| 連絡先           | 電話番号                                      | 048-753-7001  |
|               | FAX番号                                     | 048-753-7002  |
|               | ホームページアドレス                                | <a href="https://www.like-cn.co.jp/">https://www.like-cn.co.jp/</a> |
| 管理者           | 氏名  | 荻野 寛規   |
|               | 職名  | 施設長   |
| 建物の竣工日        |   | 昭和・平成 26年9月30日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |   | 昭和・平成 26年11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<br>該当する場<br>合                 | 介護保険事業者番号  | 1170602815 |
|                                     | 指定した自治体名   | 埼玉県        |
|                                     | 事業所の指定日    | 平成26年11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, 309. 12㎡                                 |             |        |       |        |
|        | 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 あり        | 2 なし   |       |        |
|        | 契約期間           | 1 あり<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br>2 なし           |             |        |       |        |
|        | 契約の自動更新        | 1 あり  | 2 なし        |        |       |        |
| 建物     | 延床面積           | 全体  | 2, 543. 81㎡ |        |       |        |
|        |                | うち、老人ホーム部分                                  | 2, 543. 81㎡ |        |       |        |
|        | 耐火構造           | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )            |             |        |       |        |
|        | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>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 あり  | 2 なし        |        |       |        |
| 契約期間   |                | 1 あり<br>(平成26年10月1日<br>~平成61年9月30日)<br>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<br>【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/無   | 有/無         | 18. 0㎡ | 66室   | 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   | ㎡           |        |       |        |

|  |                  |            |                 |                |     |                  |
|--|------------------|------------|-----------------|----------------|-----|------------------|
|  | タイプ7             | 有/無        | 有/無             | m <sup>2</sup> |     |                  |
|  | タイプ8             | 有/無        | 有/無             | m <sup>2</sup> |     |                  |
|  | タイプ9             | 有/無        | 有/無             | m <sup>2</sup> |     |                  |
|  | タイプ10            | 有/無        | 有/無             | m <sup>2</sup> |     |                  |
| ※「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       | 5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 |                | 5ヶ所 |                  |
|  | 共用浴室             | 6ヶ所        | 個室              |                | 5ヶ所 |                  |
|  |                  |            | 大浴場             |                | 1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            |                | 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  |                  |            |                 |                |     |                  |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・私たちは介護を「サービス」として考え、提供いたします。</li> <li>・私たちはお客様やお客様ご家族の視点に立ったサービスを目指します。</li> <li>・私たちはお客様の「安全・安心・自己実現」のためのサービスを目指します。</li> <li>・私たちはスタッフの「安全・安心・自己実現」のための社内整備に努めます。</li> <li>・私たちはサービスの「心・技・体」の順番と意味を理解してサービスを行います。</li> <li>・私たちはサービス品質の安定を目指します。</li> <li>・私たちは社内のスタッフを「社内顧客」として考え、互いに理解・協力しながら業務を遂行します。</li> <li>・住み慣れたホームで最期までサービスを提供させていただきます。</li> </ul> |
| サービスの提供内容に関する特色 | ホーム独自の機能訓練で入居者様のADL維持・向上  |
| 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 | 身体拘束廃止取組の有無   | 1 基準型 2 減算型 |           |
|                                | 退院・退所時連携加算    | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 入居継続支援加算      | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 生活機能向上連携加算    | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 個別機能訓練加算      | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 夜間看護体制加算      | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 医療機関連携加算      | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 口腔衛生管理体制加算    | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 栄養スクリーニング加算   | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 看取り介護加算       | 1 あり 2 なし   |           |
|                                | 認知症専門         | (I)         | 1 あり 2 なし |
|                                | ケア加算          | (II)        | 1 あり 2 なし |

|                      |              |                      |      |      |
|----------------------|--------------|----------------------|------|------|
|                      | サービス提供体制強化加算 | (I)イ                 | 1 あり | 2 なし |
|                      |              | (I)ロ                 | 1 あり | 2 なし |
|                      |              | (II)                 | 1 あり | 2 なし |
|                      |              | (III)                | 1 あり | 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)<br>: 1 |      |      |
|                      | 2 なし         |                      |      |      |

(医療連携の内容)

|        |        |  |  |
|--------|--------|--|--|
| 医療支援   | ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助<br><input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ( 訪問診療医の確保 ) |  |
| 協力医療機関 | 1      | 名称   | 医療法人秀和会秀和総合病院  |
|        |        | 住所   | 埼玉県春日部市谷原新田1200  |
|        |        | 診療科目   | 総合内科、消化器内科、内視鏡外科、循環器内科、呼吸器内科、神経内科、腎臓内科、内分泌・糖尿病内科、血液透析、一般外科、消化器外科、呼吸器外科、血管外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、形成外科、乳腺外科、リハビリテーション科、リウマチ科、皮膚科、眼科、麻酔科、放射線科、婦人科、病理診断科 |
|        |        | 協力内容   | 入居者の診察・加療のため、受診に協力する。(医療費は入居者負担)   |
|        | 2      | 名称   | 医療法人社団廣和会 埼玉杉戸診療所  |
|        |        | 住所   | 埼玉県北葛飾郡杉戸町本郷273-1  |
|        |        | 診療科目   | 内科、整形外科、リハビリテーション科   |
|        |        | 協力内容   | 訪問による入居者に対する療養管理指導、定期健康診断及び予防接種の実施、オンコール体制による夜間対応と必要に応じて行う往診、急変時等の病床手配、救急対応等(医療費は入居者負担)  |
|        | 3      | 名称   | 医療法人梅原病院   |
|        |        | 住所   | 埼玉県春日部市小湊455-1   |
|        |        | 診療科目   | 外科、胃腸科、肛門科、内科、呼吸器科、脳外科、整形外科、人間ドック、各種健診、予防接種  |
|        |        | 協力内容   | 入居者の診察・加療のため、受診に協力する。(医療費は入居者負担)   |

|          |      |  |
|----------|------|--|
| 4        | 名称   | 医療法人光仁会春日部厚生クリニック  |
|          | 住所   | 埼玉県春日部市下蛭田125-1  |
|          | 診療科目 | 内科、循環器科、消化器科、皮膚科   |
|          | 協力内容 | 入居者に対する療養管理指導、定期健康診断及び予防接種の実施、オンコール体制による夜間対応と必要に応じて行う往診、急変時等の病床手配、救急対応等（医療費は入居者負担）             |
| 5        | 名称   | 医療法人社団春明会 みくに病院  |
|          | 住所   | 埼玉県春日部市下大増新田97-1   |
|          | 診療科目 | 内科、外科、消化器科、神経内科、循環器内科、整形外科、大腸・肛門外科、皮膚科、リハビリテーション   |
|          | 協力内容 | 急変時の救急対応を行う。（医療費は入居者負担）  |
| 6        | 名称   | 独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院   |
|          | 住所   | 埼玉県蓮田市黒浜4147   |
|          | 診療科目 | 内科、神経内科、呼吸器科、呼吸器外科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、リハビリテーション科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、歯科、歯科口腔外科        |
|          | 協力内容 | 定期的な訪問診療（火曜日）及び予防接種の実施、訪問による入居者に対する療養管理指導、オンコール体制による夜間対応と必要に応じて行う往診、急変時等の病床手配、救急対応等（医療費は入居者負担） |
| 7        | 名称   | 医療法人社団 嬉泉会 春日部嬉泉病院   |
|          | 住所   | 埼玉県春日部市中央1-53-16   |
|          | 診療科目 | 内科、循環器科、人工透析   |
|          | 協力内容 | 入居者の診察・加療のために、受診に協力する。急変時等の救急対応。（医療費は入居者負担）  |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 医療法人幸手ひがし歯科クリニック   |
|          | 住所   | 埼玉県幸手市東4-8-2   |
|          | 協力内容 | 入居者の健康相談・健康診断、受診、治療に協力する。（医療費は入居者負担）   |

（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<br>※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                  | 心身の状況により居室移動の場合があります。 |

|              |  |   |
|--------------|--|---|
| 手続きの内容       | <p>身体状況の変化に伴い他の居室に移動して頂く場合には、以下に従って行います。</p> <p>①主治医の意見を聴く。</p> <p>②入居者の意見を聴く。</p> <p>③身元引受人の意見を聴く。</p> <p>④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。</p> <p>⑤変更する理由、変更先の概要、介護内容、費用負担について入居者及び身元引受人に説明を行う。</p> <p>⑥入居者及び身元引受人の同意を得る。</p> <p>以上の手続きを経て、居室の移動を行います。この場合、追加費用負担はありませんが通常の使用に伴い生じた居室の消耗を除き、居室を入居者のご負担により原状回復する事とします。</p> |   |
| 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    | 居室移動に伴い、居室利用権も移動します。   |   |
| 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  |
|              | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |   |

(入居に関する要件)

|                    |   |  |  |
|--------------------|---|--|--|
| 入居対象となる者<br>【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               | <p>入居時に概ね 65 歳以上の方。(65 歳未満の方は要相談。)</p> <p>入居後自立になられた方は、継続してお住まいいただけます。</p>  |  |  |
| 契約の解除の内容           | <p>(事業者からの契約解除)</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより入居契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第 2 項及び第 3 項に定めた条件の下に、入居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> |  |  |



- 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき
  - 三 入居契約書第3条3項の定めに違反したとき
  - 四 入居契約書第20条の定めに違反し是正しないとき
  - 五 入居者の行動が、他の入居者へのサービス提供に著しく支障をきたす場合や、他の入居者又は従業員及び第三者に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき
- 2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。
- 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく
  - 二 前号の通告に先立ち、入居者、成年後見人及び身元引受人等に弁明の機会を設ける
  - 三 解除通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成年後見人及び身元引受人等、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
- 3 第1項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。
- 一 医師の意見を聴く
  - 二 一定の観察期間をおく
- 4 事業者は、入居者、成年後見人及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、前項までの定めに関わらず、催告することなく、本契約を解除することができます。
- 一 入居契約書第44条の各号の確約に反する事実が判明したとき
  - 二 入居契約締結後に反社会的勢力に該当したとき
  - 三 入居契約書第20条第1項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき

(入居者からの解約)

入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは、事業者の定める解約届を事業者に提出することによって行います。

- 2 入居者が前項に定める解約届を提出しないで居室を退去した場合には、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30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。
- 3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当する場合には、前2項の定めに関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。

- 一 第44条の各号の確約に反する事実が判明したとき
- 二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき

【参考】

入居契約書第3条3項

入居者は、第三者に対して、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。

- 一 居室の全部又は一部の転貸
- 二 他の入居者が入居する居室との交換
- 三 その他前二号の全部又はいずれかに類する行為又は処分

入居契約書第20条

(禁止又は制限される行為)

入居者は、目的施設の利用にあたり、目的施設又はその敷地内において、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。

- 一 鉄砲刀剣類、爆発物、発火物、有毒物等の危険な物品等を搬入・使用・保管する
- 二 大型の金庫、その他の重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付ける
- 三 排水管その他を腐食させる恐れのある液体等を流す
- 四 テレビ・ステレオ等の操作、楽器の演奏その他により、大音量等で近隣に著しい迷惑を与える
- 五 動植物を飼育する
- 六 目的施設を反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供する
- 七 目的施設又はその周辺において、著しく粗野若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、付近の住民又は通行人に不安を与える
- 八 目的施設に反社会的勢力を入居させ、又は反復継続して反社会的勢力を出入りさせる
- 九 認知症やてんかん等の病気により医師から控えるよう指示・診断された行為（自動車の運転等）

2 入居者は、目的施設の利用にあたり、事業者の承諾を得ることなく、次の各号に掲げる行為を行うことはできません。また、事業者は、他の入居者からの苦情その他の場合に、その承諾を取り消すことがあります。

- 一 居室及びあらかじめ管理規程に定められた場所以外の目的施設又は敷地内に物品を置く
- 二 目的施設内において、営利その他の目的による勧誘・販売・宣伝・広告等の活動を行う
- 三 目的施設の増築・改築・移転・改造・模様替え、居室の造作の改造等を伴う模様替え、敷地内において工作物を設置する

|                |  |              |
|----------------|--|--------------|
|                | <p>四 管理規程等において、事業者がその承諾を必要と定めるその他の行為を行う</p> <p>3 入居者は、目的施設の利用にあたり、次の各号に掲げる事項については、あらかじめ事業者と協議を行うこととします。事業者は、この場合の基本的な考え方を管理規程等に定めることとします。</p> <p>一 入居者が1か月以上居室を不在にする場合の、居室の保全、連絡方法、各種費用の支払いとその負担方法</p> <p>二 入居者が第三者を付添・介助・看護等の目的で居室内に同居させる場合の、各種費用の支払いとその負担方法</p> <p>三 事業者が入居者との事前協議を必要と定めるその他の事項</p> <p>4 入居者が、第1項から第3項までの各項の定め違反若しくは従わず、事業者又は他の入居者等の第三者に損害を与えた場合は、事業者又は当該の第三者に対して損害賠償責任が生じることがあります。</p> <p>入居契約書第44条<br/>(反社会的勢力の排除の確認)</p> <p>事業者と入居者は、それぞれの相手方に対し、次の各号に掲げる事項を確約します。</p> <p>一 自らが暴力団、暴力団関係者若しくはこれに準ずる者又は構成員(以下、総称して「反社会的勢力」という。)ではないこと</p> <p>二 自らの役員(業務を執行する社員、取締役、又はこれらに準ずる者をいう。)又は身元引受人等が反社会的勢力ではないこと</p> <p>三 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、本契約を締結するものでないこと</p> <p>四 自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと</p> <p>ア 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為</p> <p>イ 偽計又は威力を用いて相手方の行為又は業務を妨害し、又は信用を毀損する行為</p> |              |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項   | 入居契約書第28条による |
|                | 解約予告期間   | 90日間         |
| 入居者からの解約予告期間   | 30日間   |              |

|         |   |
|---------|---|
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容：1泊2日 10,800円(税込)<br>※最長6泊7日 介護保険は適用外です。) |
|         | 2 なし  |
| 入居定員    | 66人   |
| その他     | —   |

#### 5. 職員体制 (平成30年7月1日現在)

※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<br>※1※2 |
|---|-----------|----|-----|----------------|
|   | 合計        | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者   | 1         | 1  | 0   | 0.5            |
| 生活相談員   | 2         | 2  | 0   | 1.0            |
| 直接処遇職員  | 29        | 13 | 16  | 20.3           |
| 介護職員  | 21        | 9  | 12  | 15.0           |
| 看護職員  | 8         | 4  | 4   | 5.3            |
| 機能訓練指導員   | 1         | 0  | 1   | 0.1            |
| 計画作成担当者   | 1         | 0  | 1   | 1.0            |
| 栄養士   | 0         | 0  | 0   | 外部委託           |
| 調理員   | 0         | 0  | 0   | 外部委託           |
| 事務員   | 1         | 1  | 0   | 1.0            |
| その他職員   | 3         | 0  | 3   | 2.2            |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2  |           |    |     | 40時間           |
| <p>※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。</p> <p>※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。</p> |           |    |     |                |
| <p>&lt;職員の兼務状況&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活相談員2名(常勤)は、各々、管理者を兼務、介護職員を兼務。</li> <li>看護職員1名(非常勤)は、機能訓練指導員を兼務。</li> </ul>    |           |    |     |                |

(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     | 6  | 4  | 2   |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 0  | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 14 | 5  | 9   |
| 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   | 1  | 0  | 1   |
| 理学療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0  | 0   |
| 柔道整復士       | 0  | 0  | 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               | 1人   | 1人              |
| 介護職員               | 2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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(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   |     | 介護支援専門員、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                 | 2        | 4   | 5             | 8   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数                 | 1        | 5   | 5             | 7   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 志した業務に従事した経験年数に<br>志した職員の人数 | 1年未満     | 3   | 0             | 5   | 7     | 1   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                             | 1年以上     | 0   | 4             | 2   | 5     | 0   | 0       | 0   | 1       | 1   |
|                             | 3年未満     |     |               |     |       |     |         |     |         |     |
|                             | 3年以上     | 1   | 0             | 2   | 0     | 1   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                             | 5年未満     |     |               |     |       |     |         |     |         |     |
|                             | 5年以上     | 0   | 0             | 0   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                             | 10年未満    |     |               |     |       |     |         |     |         |     |
| 10年以上                       | 0        | 0   | 0             | 0   | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       |     |
| 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<br>【表示事項】              | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式   |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式   |  |
|                                | <input type="checkbox"/> 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択   | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |  |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし  |  |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし<br>※ただし、欠食は、前日までのお申出により朝食162円、昼食324円、夕食324円として計算し、翌月時の請求時に減額精算します。<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><input type="checkbox"/> 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  | 当施設が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等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定することとします。  |
|                                | 手続き   | 料金改定にあたっては、ご入居者、成年後見人及び身元引受人等へ事前に通知します。  |

### (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 | 要支援1、2<br>要介護1～要介護5  |         |
|                | 年齢   | 65歳以上 歳  |         |
| 居室の状況          | 床面積  | 18.0㎡ m <sup>2</sup>   |         |
|                | 便所   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | 1 有 2 無 |
|                | 浴室   | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無                          | 1 有 2 無 |
|                | 台所   | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無                          | 1 有 2 無 |
| 入居時点で<br>必要な費用 | 前払金  | 0円   | 円       |
|                | 敷金   | 0円   | 円       |

|         |                               |          |         |   |
|---------|-------------------------------|----------|---------|---|
| 月額費用の合計 |                               | 188,000円 | 円       |   |
| 家賃      |                               | 80,000円  | 円       |   |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 要介護度による  | 円       |   |
|         | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費       | 48,600円 | 円 |
|         |                               | 管理費      | 59,400円 | 円 |
|         |                               | 介護費用     | 0円      | 円 |
|         |                               | 光熱水費     | 0円      | 円 |
|         | その他                           | 0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                   | 当該目的施設の開発費、地代、家賃、修繕費、借入利息、管理事務費等を含む総費用を、1人あたりの月額費用を算出したもの。   |
| 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。<br><自立の方の場合><br>1日699円（1月30日あたり20,070円）<br>入居者が自立又は介護保険の介護認定前において、緊急、臨時的、又は一時的に、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用です。                                    |
| 管理費                  | 事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の維持管理費です。  |
| 食費                   | <内訳> 厨房維持費 24,300円<br>食材料費 24,300円<br>食材料費は朝食162円、昼食324円、夕食324円を30日喫食した場合の金額です。<br>食事キャンセルは前日までに職員に申し出てください。申し出がない場合は召し上がるものとして準備いたします。欠食の場合、朝食162円、昼食324円、夕食324円として計算し、翌月時の請求時に減額精算します。 |
| 光熱水費                 | 管理費に含みます。  |
| 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、P 5、6に記載する加算の入居者負担分 |
| 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） | —                        |
| ※ 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【平成30年7月1日現在】

### (入居者の人数)

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
| 性別    | 男性         | 26人 |
|       | 女性         | 36人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 3人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 2人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 24人 |
|       | 85歳以上      | 33人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0人  |
|       | 要支援1       | 1人  |
|       | 要支援2       | 1人  |
|       | 要介護1       | 12人 |
|       | 要介護2       | 10人 |
|       | 要介護3       | 7人  |
|       | 要介護4       | 14人 |
|       | 要介護5       | 17人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 14人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 6人  |
|       | 1年以上5年未満   | 42人 |
|       | 5年以上10年未満  | 0人  |
|       | 10年以上15年未満 | 0人  |
|       | 15年以上      | 0人  |

### (入居者の属性)

|   |       |
|---|-------|
| 平均年齢  | 84.5歳 |
| 入居者数の合計   | 62人   |
| 入居率※  | 90.9% |
| ※ 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   | 16人                         |
|         | 医療機関     | 5人                          |
|         | 死亡者      | 16人                         |
|         | その他      | 0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 | 21人                         |
|         |          | (解約事由の例)<br>入院継続や他施設への転居のため |

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    |       | サンライズ・ヴィラ北春日部        |
| 電話番号     |       | 048-753-7001         |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~18:00           |
|          | 土曜    | 9:00~18:00           |
|          | 日曜・祝日 | 9:00~18:00           |
| 定休日      |       | —                    |
| 窓口の名称    |       | ライクケアネクスト株式会社        |
| 電話番号     |       | 03-3288-3351         |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~18:00           |
|          | 土曜    | —                    |
|          | 日曜・祝日 | —                    |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、12月31日~1月3日 |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県福祉部高齢者福祉課         |
| 電話番号     |       | 048-830-3254         |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~17:15           |
|          | 土曜    | —                    |
|          | 日曜・祝日 | —                    |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、12月29日~1月3日 |

|          |       |                            |
|----------|-------|----------------------------|
| 窓口の名称    |       | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係 |
| 電話番号     |       | 048-824-2568 (苦情相談専用)      |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~12:00、13:00~17:00     |
|          | 土曜    | —                          |
|          | 日曜・祝日 | —                          |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、12月29日~1月3日       |
| 窓口の名称    |       | 春日部市健康保険部介護保険課             |
| 電話番号     |       | 048-736-1111 (代表)          |
| 対応している時間 | 平日    | 8:30~17:15                 |
|          | 土曜    | —                          |
|          | 日曜・祝日 | —                          |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、12月29日~1月3日       |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県消費生活支援センター春日部           |
| 電話番号     |       | 048-734-0999               |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~16:00                 |
|          | 土曜    | —                          |
|          | 日曜・祝日 | —                          |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、12月29日~1月3日       |
| 窓口の名称    |       | 春日部市消費生活センター               |
| 電話番号     |       | 048-736-1111               |
| 対応している時間 | 平日    | 10:00~12:00、13:00~15:30    |
|          | 土曜    | —                          |
|          | 日曜・祝日 | —                          |
| 定休日      |       | 木曜、土曜、日曜、祝日、12月29日~1月3日    |

(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)<br>介護サービス等の提供に当たり、事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるものを除いて速やかに損害を賠償します。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ります。                |
|                               | 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)<br>①主治医もしくは提携医療機関の医師の指示（病院への搬送等）を確認します。<br>②家族に連絡をとり状況等を説明し、今後の医療等の対応方法をご確認させていただきます。<br>③事故発生記録を残し、必要に応じて市区町村に報告します。<br>④事故対応マニュアルをホーム内に常備します。 |
|                               | 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付 (交付希望者のみ)</li> <li>3 公開していない</li> </ul> |
| 管理規程     | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付 (交付希望者のみ)</li> <li>3 公開していない</li> </ul> |
| 事業収支計画書  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul>           |
| 財務諸表の要旨  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul>           |
| 財務諸表の原本  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1 入居希望者に公開</li> <li>2 入居希望者に交付</li> <li>3 公開していない</li> </ul>           |

10. その他

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| 運営懇談会  | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり   | (開催頻度) 年 2回 |
|  | 2 <input type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名: )<br>2 <input checked="" type="checkbox"/> なし  |             |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規定<br>する届出       | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし<br>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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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                            | —  |             |
| 不適合事項がある場合の内容                                    |  |             |

- 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（紙おむつ提供価格表）  
別添4（重度化した場合の対応に係る指針）  
別添5（看取り介護指針）

※ \_\_\_\_\_ 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                 |
|------------------------------|----|----|------------------|---------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |                  |                     |
| 訪問介護                         | あり | なし |                  |                     |
| 訪問入浴介護                       | あり | なし |                  |                     |
| 訪問看護                         | あり | なし |                  |                     |
| 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 |                  |                     |
| 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 | サンライズ<br>・ヴィラ春日部 | 埼玉県春日部市大畑36<br>3番地1 |
| 福祉用具貸与                       | あり | なし |                  |                     |
| 特定福祉用具販売                     | あり | なし |                  |                     |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |                  |                     |
| 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 |                  |                     |
| 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 |                  |                     |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |                  |                     |
| 介護予防訪問介護                     | あり | なし |                  |                     |
| 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 |                  |                     |
| 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 | サンライズ<br>・ヴィラ春日部 | 埼玉県春日部市大畑36<br>3番地1 |
| 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 |                  |                     |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |                  |                     |
| 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 |                  |                     |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |                  |                     |
| 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 |                  |                     |

別添2 有料老人ホーム・サービス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 | なし                                |                            | あり   |      |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------|------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、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（利用者が全額負担） | 包含※2 | 都度※2 |
| 介護サービス                           |                                   |                            |      | 料金※3 |
| 食事介助                             | なし                                | あり                         | ○    |      |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり                         | ○    |      |
| おむつ代                             |                                   |                            | ○    | 実費   |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり                         | ○    | ※4   |
| 特浴介助                             | なし                                | あり                         | ○    | ※5   |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                | あり                         | ○    |      |
| 機能訓練                             | なし                                | あり                         | ○    |      |
| 通院介助（協力医療機関）                     | なし                                | あり                         | ○    |      |
| 通院介助（協力医療機関以外）                   | なし                                | あり                         | ○    | ※6   |
| 生活サービス                           |                                   |                            |      |      |
| 居室清掃                             | なし                                | あり                         | ○    | ※7   |
| リネン交換                            | なし                                | あり                         | ○    | ※8   |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり                         | ○    | ※9   |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり                         | ○    | ※10  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |                            |      |      |
| おやつ                              |                                   |                            | ○    |      |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |                            | ○    | 実費   |

|                    |    |    |    |    |    |    |   |   |     |   |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|---|---|-----|---|
| 買い物代行 (通常の利用区域※11) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | ※12 | ※11: 通常の利用区域は当施設より半径2km以内とします。<br>※12: 週1回、実施日以外は1回1,620円 |
| 買い物代行 (上記以外の区域)    | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   |   |     |   |
| 役所手続き代行            | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | ※13 | ※13: 月1回、実施日以外は1回1,620円                                   |
| 金銭・貯金管理            |    |    |    |    |    |    |   |   |     |   |
| 外出時の同行             | なし | あり | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | ※14 | ※14: 1時間1,620円。ただし、スタッフの手配状況によりお受けできない場合もあります。            |
| 健康管理サービス           |    |    |    |    |    |    |   |   |     |   |
| 定期健康診断             |    |    | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 実費  | 年2回受診の機会を設けます。  |
| 健康相談               | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   | ○ |     |   |
| 生活指導・栄養指導          | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   | ○ |     |   |
| 服薬支援               | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   | ○ |     |   |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)   | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   | ○ |     |   |
| 入退院時・入院中のサービス      |    |    |    |    |    |    |   |   |     |   |
| 移送サービス             | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   |   |     |   |
| 入退院時の同行(協力医療機関)    | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   |   |     |   |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外)  | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   |   |     |   |
| 入院中の洗濯物交換・買い物      | なし | あり | なし | あり | なし | あり |   |   |     |   |
| 入院中の見舞い訪問          | 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、月額の利用料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区分して記入する。  
 ※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。

## 紙おむつ提供価格表

メーカー名: ユニチャーム(ライフリー)

2018.07.01

| 商品名                      | 1枚単価    | 1袋枚数 | 1袋価格  |
|--------------------------|---------|------|-------|
| ライフリーリハビリパンツレギュラーS24枚    | 60.5    | 24   | 1,450 |
| ライフリーリハビリパンツレギュラーM22枚    | 70.5    | 22   | 1,550 |
| ライフリーリハビリパンツレギュラーL20枚    | 79.0    | 20   | 1,580 |
| ライフリーリハビリパンツレギュラーLL18枚   | 95.0    | 18   | 1,710 |
| ライフリー横モレ安心テープ止めS22       | 72.0    | 22   | 1,580 |
| ライフリー横モレ安心テープ止めM20       | 88.0    | 20   | 1,760 |
| ライフリー横モレ安心テープ止めL17       | 103.0   | 17   | 1,750 |
| ライフリー横モレ安心テープ止めLL15      | 106.0   | 15   | 1,590 |
| ライフリーのびーるフィットテープ止めS-M22枚 | 88.0    | 22   | 1,930 |
| ライフリーのびーるフィットテープ止めL22枚   | 103.0   | 22   | 2,260 |
| ライフリー快適さらさらカバータイプS-M22枚  | 73.0    | 22   | 1,600 |
| ライフリー快適さらさらカバータイプL22枚    | 101.0   | 22   | 2,220 |
| ライフリー尿とりパットレギュラー女性用48枚   | 22.5    | 48   | 1,080 |
| ライフリー外モレ安心さらさらパッド42枚     | 26.5    | 42   | 1,110 |
| ライフリー長時間安心さらさらパッド45枚     | 37.5    | 45   | 1,680 |
| ライフリー長時間安心さらさらパッドプレミアム45 | 39.0    | 45   | 1,750 |
| ライフリー一晩中安心さらさらパッドスーパー39枚 | 46.5    | 39   | 1,810 |
| ライフリー一晩中安心さらさらパッドウルトラ36枚 | 51.5    | 36   | 1,850 |
| ライフリーパワーガードウルトラ21枚       | 70.0    | 21   | 1,470 |
| ライフリーパワーガードエクストラ37枚      | 78.5    | 18   | 1,410 |
| ライフリーかんたん装着パッドレギュラー44枚   | 23.5    | 44   | 1,030 |
| ライフリーかんたん装着パッドスーパー28枚    | 60.5    | 28   | 1,690 |
| ライフリーフラットタイプレギュラー28      | 33.5    | 28   | 930   |
| ライフリーおしりふきトイレに流せる72枚     | 320.0   | 1    | 320   |
| ライフリーおしりふきこすらずスッキリ72枚    | 320.0   | 1    | 320   |
| ライフリーおしり洗浄液Neo350ml      | 1,780.0 | 1    | 1,780 |
| ライフリーおしり洗浄液Neo本体1750ml   | 7,260.0 | 1    | 7,260 |
| ライフリーおしり洗浄液Neo付替え1751ml  | 6,760.0 | 1    | 6,760 |

## 重度化した場合の対応に係る指針

ライクケアネクスト株式会社  
特定施設入居者生活介護  
サンライズ・ヴィラ北春日部

サンライズ・ヴィラ北春日部では、ご利用様の身体状況が悪化し、医療行為等が必要になった場合には、以下の通り、適切に対応いたします。

### I. 急性期における医師や医療機関との連携体制

ご利用様の病状の急性増悪時や急変が発生した場合には、介護職員がご利用様の状態を確認し、当該施設の看護職員との24時間の連絡体制により対応いたします。

また、協力医療機関への診療も依頼し、予断を許さない場合には、救急車の要請を行います。

### II. 入院期間中における利用料金等の取扱い

ご利用様が医療機関に入院された場合の賃料と管理費は、契約期間内における保険給付対象外サービスの費用は、「介護付有料老人ホーム サンライズ・ヴィラ北春日部 入居契約書」に定める通りといたします。

### III. 看取りに関する指針

ご利用様の病状の重篤化などにおける看取りにつきましては、基本的にご利用様本人やご家族様等の意向を尊重いたします。当該施設での生活の継続を希望される場合には、出来る限りのサービス提供に努めます。また、看取りの際には再度ご利用様本人やご家族様等にご意向を確認いたします。

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。

### IV. ご本人及び家族との話し合いの方法

看取りに関する判断は、原則的にはご利用様本人に説明し同意を得るものといたします。ただし、入居の段階でご利用様本人の意思を確認できない場合には、ご家族様自身の意思・意向ではなく、ご家族様がご利用様本人の最たる支援者であると位置づけ、ご家族様が推測するご利用様本人の意思として同意を得るものといたします。

以上

## 看取り介護指針

### 1. 看取り介護を行う事業施設

サンライズ・ヴィラ北春日部

### 2. 看取り介護の基本方針

ご本人様の加齢、疾病などによる身体能力の低下に伴い、終末期を可能な限り住み慣れた施設で看取りを希望された方に対し、「看取り介護」は、日常生活の延長線上にあると捉えた上で、ご本人様が最後まで尊厳を保ち、安らかな死を迎えられるよう日々の日常ケアの充実を図ります。

### 3. 看取り介護の開始時期

看取り介護の開始は、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、ご本人様又はご家族様に病状及び診断内容について説明を行い、ご本人様もしくはご家族様やご本人様の意思を代弁できる方の終末期を当施設で過ごすことの同意を受けて開始するものとします。

### 4. 看取り介護計画の作成と実施

各職種（計画作成担当者・医師・看護職員・介護職員）の参加によるカンファレンスを開催して、ご本人様の状態に応じた介護・看護についての計画書（ケアプラン）を作成し、ご本人様・ご家族様へ説明を行い同意を得て実施します。また、ご本人様の変化に応じ、随時のご本人様又はご家族様への説明を行い、同意を得て修正と変更を行います。

### 5. サンライズ・ヴィラ北春日部における看取り介護の内容

①各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認などにより身体状況の変化の把握、早期の発見と対応に努めます。

②主治医により病状の説明を行い、今後の治療方針（インフォームドコンセント）と希望される終末期における支援内容の協議・確認を行います。

③ご入居様への具体的支援内容

#### 1) 身体的ケア

・身体的ケアは安心できる声かけをし、ご入居様の尊厳を守る援助を行い、医師と相談して過剰な処置は行いません。但し、予測されない状態の緊急、急変があった場合は、医師と相談し、ご家族様の意向を確認した上で医療機関に搬送することがあります。

・食事・水分摂取量の確認を行い、食事形態にも配慮し、ご入居様の状態に応じた食事の提供を行います。

・常に清潔を保てるよう、身体の状態を確認しながら、負担のかからない程度に入浴、清拭、足浴など適切な方法で清潔を保ちます。

・食事・水分摂取量と尿量・排便量を確認し、状態により腹部マッサージや下剤の服用、浣腸の使用などを行います。

#### 2) 精神的ケア

・精神的苦痛を伴う場合、手を握る、身体をマッサージするなど、声かけやスキンシップを十分にとり、安心されるコミュニケーションの対応に努めます。

#### 3) 疼痛ケア

・身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助及び医師の指示を仰ぎ疼痛緩和等の処置を行います。

#### 4)環境整備

・室温調整や採光、換気などの環境整備に注意し、最期の時を安楽にゆったりと迎えるための環境整備に配慮します。

#### ④ご家族様に対する支援

変化していく身体状況や介護内容について、定期的に医師及び施設担当者から説明を行い、ご家族様の意向に沿った対応を行います。また、宿泊や付添に関する支援を行います。

#### ⑤臨終の援助

医師による死亡確認後、清拭・着替えを行い、お見送りの準備を行います。

#### 6. 施設における医療連携体制について

医師、看護師と夜間・緊急時における(24時間オンコール体制)を明確にし、緊急時対応マニュアルを整備し、社員間で周知徹底を図ります。

#### 7. 夜間・緊急時において連絡すべきご家族様の連絡先も確認し明記しておきます。

#### 8. 全社員が、看取り介護に関する共通認識を持つために次のような研修を実施します。

##### ①施設における看取り介護の考え方について

##### ②看取り介護のケアプランについて

##### ③看取り期の介護方法及び技術について

##### ④身体機能の低下プロセスと変化への対応について

##### ⑤夜間対応、緊急時及び急変時対応と連絡ルートの確認について

##### ⑥看取り期におけるバイタルチェックなどの状態観察と報告・記録について

##### ⑦苦痛に関する緩和ケア・精神的ケアについて

##### ⑧インフォームドコンセントについて

以上