

有料老人ホームグランシア戸田公園

## 重要事項説明書

【特定施設入居者生活介護】

【介護予防特定施設入居者生活介護】

|      |       |       |                      |
|------|-------|-------|----------------------|
| 記入者名 | 後藤 洋一 | 記入年月日 | 2016・07・01           |
|      |       | 所属・職名 | 有料老人ホームグランシア戸田公園・施設長 |

## 1. 事業主体概要

| 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                         | 法人の種類             | 営利法人  |
|                                 | 名称<br>株式会社グランディック | (ふりがな)<br>かぶしきがいしゃぐらんでいっく   |
| 事業主体の主たる事務所の所在地                 | 〒108-0014         | 東京都港区芝5丁目14番14号   |
|                                 |                   |   |
| 事業主体の連絡先                        | 電話番号              | 03-3454-1024  |
|                                 | FAX番号             | 03-3454-1024  |
|                                 | ホームページ            | なし  |
|                                 | アドレス              | あり： <a href="http://www.grandic.co.jp">http://www.grandic.co.jp</a> |
| 事業主体の代表者の職名及び氏名                 | 職名                | 代表取締役   |
|                                 | 氏名                | 渡邊惣吉  |
| 事業主体の設立年月日                      | 1986年5月           |   |

## 事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類   |    |    | 事業所の名称         | 所在地            |
|-------------|----|----|----------------|----------------|
| <居宅サービス>    |    |    |                |                |
| 訪問介護        | あり | 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 | 有料老人ホームグランシア川口 | 埼玉県川口市芝 2760-3 |
| 福祉用具貸与      | あり | なし |                |                |
| 特定福祉用具販売    | あり | なし |                |                |

| ＜地域密着型サービス＞          |    |    |                |                |
|----------------------|----|----|----------------|----------------|
| 定期巡回・随時訪問介護・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 |                |                |
| 複合型サービス              | あり | なし |                |                |
| 居宅介護支援               | あり | なし |                |                |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |                |                |
| 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 | 有料老人ホームグランシア川口 | 埼玉県川口市芝 2760-3 |
| 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 |                |                |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞      |    |    |                |                |
| 介護予防認知症対応型通所介護       | あり | 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 |                |                |
| ＜介護保険施設＞             |    |    |                |                |
| 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 |                |                |

2. 施設概要

|   |  |
|---|--|
| 施設の名前、所在地及び電話番号その他の連絡先  |  |
| 施設の名前   | (ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ ぐらんしあ とだこうえん<br>有料老人ホーム グランシア戸田公園  |
| 施設の所在地  | 〒335-0034  |
|   | 埼玉県戸田市笹目 5-19-4  |
| 施設の連絡先  | 電話番号 048-421-2525  |
|   | FAX番号 048-421-8866   |
|   | ホームページ あり： <a href="mailto:gransia-todakouen@gurandic.co.jp">gransia-todakouen@gurandic.co.jp</a>  |
|   | アドレス あり： <a href="http://www.grandic.co.jp">http://www.grandic.co.jp</a>   |
| 施設の開設年月日  | 2005年7月1日  |
| 施設の管理者の職名及び氏名   | 職名 施設長   |
|   | 氏名 後藤 洋一   |
| 施設までの主な利用交通手段   |  |
| <p>① バス利用の方：JR 埼京線・武蔵野線 武蔵浦和駅下車、国際興業バス下笹目行き 天王公園下車目の前</p> <p>② 自動車利用の方：戸田西・戸田東・戸田南・美女木出口よりそれぞれ5分以内。</p> <p>③ タクシー利用の方：JR 埼京線戸田駅西口ロータリーより可</p> |  |
| 施設の類型及び表示事項<br>(予定)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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）</li> <li>▶ 住居の権利形態：利用権方式</li> <li>▶ 利用料の支払方式：選択方式</li> <li>▶ 入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護</li> <li>▶ 介護保険：埼玉県指定<br/>特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>▶ 介護居室区分：Aタイプ（個室） Bタイプ（夫婦/2人部屋）</li> <li>▶ 介護に係る職員体制： 3：1以上</li> </ul> |
| 介護保険事業所番号   | 特定施設入居者生活介護事業所 埼玉県指定第 1171900614 号<br>介護予防特定施設入居者生活介護事業所 埼玉県指定第 1171900614 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及び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）   |  |
| 事業の開始（予定）年月日  | 2005. 7. 1（特定施設入居者生活介護）<br>2006. 4. 1（介護予防特定施設入居者生活介護）   |
| 指定の年月日  | 2005. 7. 1（特定施設入居者生活介護）<br>2006. 4. 1（介護予防特定施設入居者生活介護）   |
| 指定の更新年月日  | 20011.6.30（特定施設入居者生活介護）<br>20012.3.31（介護予防特定施設入居者生活介護）   |

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホーム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<br>人 数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|-------------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |    |             |
| 施設長     | 1  |     |     |     | 1  | 1           |
| 生活相談員   | 1  |     |     |     | 1  | 1           |
| 看護職員    | 2  |     | 2   |     | 4  | 3.2         |
| 介護職員    | 15 |     | 5   |     | 20 | 19.1        |
| 機能訓練指導員 | 1  |     |     |     | 1  | 1           |
| 計画作成担当者 | 1  |     |     |     | 1  | 1           |
| 栄養士     | 1  |     |     |     | 1  | 1           |
| 調理員     |    |     | 6   |     | 6  | 4.2         |
| 事務員     | 1  |     |     |     | 1  | 1           |
| その他従業者  |    |     | 3   |     |    | 2.4         |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

※ 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。

※ 栄養士、調理員は当社の医療給食事業部に委託する。

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    | 7  |     | 2   |     |
| 介護職員基礎研修 | 2  |     |     |     |
| 訪問介護員1級  |    |     |     |     |
| 訪問介護員2級  | 6  |     | 1   |     |
| 訪問介護員3級  |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  | 1  |     |     | 3   |

従業者である機能訓練指導員が有している資格1

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       | 1  |     |     |     |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    |     |     | 4   |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

| 人 数  | 夜勤帯平均人数<br>( 22時～翌7時) | 最少時人数<br>(休憩者等を除く) |
|------|-----------------------|--------------------|
| 看護職員 | 0                     | 0                  |
| 介護職員 | 3                     | 2                  |

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    |    |     | 4   |     | 4  | 3.2    |
| 介護職員    | 15 |     | 5   |     | 20 | 19.1   |
| 機能訓練指導員 | 1  |     |     |     | 1  | 1      |
| 計画作成担当者 | 1  |     |     |     | 1  | 1      |
| その他従業者  |    |     | 3   |     | 3  | 2.4    |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40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    | 7  |     | 2   |     |
| 介護職員基礎研修 | 2  |     |     |     |
| 訪問介護員1級  |    |     |     |     |
| 訪問介護員2級  | 6  |     | 1   |     |
| 訪問介護員3級  |    |     |     |     |
| 介護支援専門員  | 1  |     |     | 3   |

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       | 1  |     |     |     |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    |     | 4   |     |
| 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 介護支援専門員・防火管理者

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

3 : 1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

|                | 看護職員    |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|----------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
|                | 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    | 1       | 1   |         | 8   |       |     |
| 前年度1年間の退職者数    |         | 1   |         | 7   |       |     |
| 業務に従事した経験年数    | /       |     | /       |     | /     |     |
| 1年未満の者の人数      |         | 1   |         | 4   |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |         |     |         | 4   |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         | 1   | 2       | 2   |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         | 2   | 2       | 4   |       |     |
| 10年以上の者の人数     | 1       |     |         | 2   | 1     |     |
|                | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|                | 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    |         |     |         |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数    | /       |     | /       |     | /     |     |
| 1年未満の者の人数      | 1       |     |         |     |       |     |
| 1年以上3年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 3年以上5年未満の者の人数  |         |     |         |     |       |     |
| 5年以上10年未満の者の人数 |         |     |         | 1   |       |     |
| 10年以上の者の人数     |         |     |         |     |       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況  |         |     |         | なし  | あり    |     |

4. サービスの内容

|   |  |    |                |
|---|--|----|----------------|
| 施設の運営に関する方針   |  |    |                |
| <p>本事業が社会的に重要な責任を有する事業である事を自覚し、入居者の生活ニーズに沿ったサービス提供と快適で安全な生活環境の創造に努めるとともに、入居者の基本的人権を尊重し生活全般にわたり援助を行う。<br/>また、入居者及び家族が「サービス提供記録」等の開示を求めた場合は、その求めに応じて開示する。</p> |  |    |                |
| 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 |                |
| 医療機関連携加算（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 |                |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無  | 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   | 提携病院／医療法人三慶会指扇病院<br>同指扇病院付属笹目クリニック<br>三愛病因 |    |                |
| (協力の内容)<br>指扇病院／24時間診察受け入れ・緊急時優先対応<br>笹目クリニック／定期的（2週間1回）訪問診療と緊急時のアドバイス<br>三愛病院／緊急時対応  |  |    |                |
| 協力歯科医療機関  | なし   | あり | その名称<br>ラビット歯科 |
| (協力の内容)<br>定期的（週1回）の訪問診療と口腔ケア・口腔リハビリ指導  |  |    |                |
| 要介護時における居室の住替えに関する事項  |  |    |                |
| 要介護時に介護を行う場所  |  |    |                |
| 入居時契約の専用居室  |  |    |                |

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合 該当しない

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

前払い金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

介護居室へ移る場合 該当しない

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

前払い金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)



|  |  |   |    |
|--|--|---|----|
| その他（専用居室の変更）   |  | なし  | あり |
| 判断基準・手続について  |  |   |    |
| （その内容）   |  |   |    |
| 1. 入居者及び身元引受人（家族）が居室変更を希望し、その希望に沿える場合  |  |   |    |
| 2. 身体状況の変化により居室変更の必要性が生じたと施設側が判断し入居者及び身元引受人（家族）が承諾した場合                                     |  |   |    |
| 追加的費用の有無   |  | なし  | あり |
| Aタイプ（面積 14.58㎡）からBタイプ（面積 24.30㎡）に変更した場合とBタイプ（面積 24.30㎡）からAタイプ（面積 14.58㎡）に変更した場合、費用の変更が生ずる。 |  |   |    |
| 居室利用権の取扱い  |  |   |    |
| （その内容）   |  |   |    |
| 変更前と同じ   |  |   |    |
| 前払い金償却の調整の有無   |  | なし  | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無   |  | なし  | あり |
| 従前居室との仕様の変更  |  |   |    |
| 便所の変更の有無   |  | なし  | あり |
| 浴室の変更の有無 該当しない   |  | なし  | あり |
| 洗面所の変更の有無  |  | なし  | あり |
| 台所の変更の有無 該当しない   |  | なし  | あり |
| その他の変更の有無  |  | なし  | あり |
| （その内容）   |  |   |    |
| 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   | 入居時の要件<br>概ね 60 歳以上の入居時自立・要介護・要支援  |   |    |
| 契約の解除の内容   | 入居者が死亡したとき、その他は次の通りです。<br>入居者からの解除の場合は、入居契約書第 30 条を参照<br>事業者からの解除の場合は、入居契約書第 29 条を参照 |   |    |
| 体験入居の内容  | あり   | 利用料 一泊 7,500 円（食事 3 食・おやつ、リネン費、居室利用料・介護料）<br>期 間 一週間程度  |    |
| 入居定員   | 42 室 50 名  |   |    |
| その他  | あり   | 利用料 一泊 4,500 円（食事 3 食・おやつ・リネン費・居室利用料）<br>但し、保証金の 20 万円を入居時にお預かりいたします。<br>※別途介護保険料の 1 割負担分<br>期 間 1ヶ月以上3ヶ月未満 |    |

入居者の状況 未定

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

|                       | 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                 |       |      |      |      |      |    |
| 65歳以上75歳未満            | 2     |      |      | 2    |      | 4  |
| 75歳以上85歳未満            | 4     | 1    | 1    | 3    | 2    | 11 |
| 85歳以上                 | 5     | 4    | 4    | 3    | 4    | 20 |
|                       | 自立    | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 65歳未満                 | 1     |      |      |      |      | 1  |
| 65歳以上75歳未満            |       |      |      |      |      |    |
| 75歳以上85歳未満            | 1     | 1    | 1    |      |      | 3  |
| 85歳以上                 |       | 4    | 3    |      |      | 7  |
| 入居者の平均年齢              | 85.1歳 |      |      |      |      |    |
| 入居者の男女別人数             | 男性    | 14人  |      | 女性   | 32人  |    |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | 98%   |      |      |      |      |    |

前年度に退去した者の人数

|        | 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    | 2    |      |      |      |      | 2  |
| 社会福祉施設 |      | 1    |      | 2    | 1    | 4  |
| 医療機関   |      |      |      | 1    | 1    | 2  |
| 死亡者    |      | 2    | 1    | 1    | 2    | 6  |
| その他    |      |      |      |      |      |    |
|        | 自立   | 要支援1 | 要支援2 |      |      | 合計 |
| 自宅等    |      | 2    |      |      |      | 2  |
| 社会福祉施設 |      |      |      |      |      |    |
| 医療機関   |      |      |      |      |      |    |
| 死亡者    |      |      |      |      |      |    |
| その他    |      |      |      |      |      |    |

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     | 6         | 21       | 12        | 3          |       |

| 施設、設備の状況                                     |                          |  |         |      |      |                      |  |
|--|--------------------------|--|---------|------|------|----------------------|--|
| 建物の構造  | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物  |  |         | なし   | あり   |                      |  |
|  | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 |  |         | なし   | あり   |                      |  |
| 居室の状況  | 区分                       |  |         | 室数   | 人数   | 1の居室の床面積             |  |
|  | 一般居室個室                   | あり   | なし      |      |      |                      |  |
|  | 一般居室夫婦部屋                 | あり   | なし      |      |      |                      |  |
|  | 介護居室個室                   | あり   | なし      | 34   |      | 14.58 m <sup>2</sup> |  |
|  | 介護居室夫婦部屋                 | あり   | なし      | 8    | 2    | 24.30 m <sup>2</sup> |  |
|  | 一時介護室                    | あり   | なし      |      |      | m <sup>2</sup>       |  |
| 共用便所の設置数                                     | 3か所                      | うち男女別の対応が可能な数  |         |      | 0    |                      |  |
|  |                          | うち車いす等の対応が可能な数   |         |      | 2    |                      |  |
| 個室の便所の設置数                                    | 42か所                     | 個室における便所の設置割合  |         |      | 100% |                      |  |
|  |                          | うち車いす等の対応が可能な数   |         |      | 42   |                      |  |
| 浴室の設備状況                                      | 浴室の数                     | 個浴   | 大浴槽     | 特殊浴槽 | リフト浴 |                      |  |
|  |                          | 3  | 1       | 1    | 0    |                      |  |
| その他、浴室の設備に関する事項                              |                          |  |         |      |      |                      |  |
| 食堂の設備状況                                      | 2階、3階、4階、5階 各1ヶ所         |  |         |      |      |                      |  |
| 入居者等が調理を行う設備状況                               | なし                       |  |         | あり   |      |                      |  |
| その他、共用施設の設備状況                                |                          |  |         |      |      |                      |  |
| なし   | あり                       | (その内容)<br>駐車場・多目的ホール・応接室・機能訓練スペース・リネン庫・倉庫・汚物室<br>健康管理室・共用トイレ |         |      |      |                      |  |
| バリアフリーの対応状況                                  |                          |  |         |      |      |                      |  |
| (その内容)<br>壁面は手すり設置・トイレは車椅子対応で壁面手すり設置・床面はフラット |                          |  |         |      |      |                      |  |
| 緊急通報装置の設置状況                                  | なし                       | 一部あり   | 全居室内にあり |      |      |                      |  |
| 外線電話回線の設置状況                                  | なし                       | 一部あり   | 全居室内にあり |      |      |                      |  |
| テレビ回線の設置状況                                   | なし                       | 一部あり   | 全居室内にあり |      |      |                      |  |
| 施設の敷地に関する事項                                  |                          |  |         |      |      |                      |  |
| 敷地の面積  | 796.78 m <sup>2</sup>    |  |         |      |      |                      |  |
| 事業所を運営する法人が所有                                | なし                       | 一部あり   | あり      |      |      |                      |  |
| 抵当権の設定                                       | なし                       |  |         | あり   |      |                      |  |
| 貸借（借地）                                       |                          |  |         |      |      |                      |  |
| なし   | あり                       | 契約期間   | 始       | 終    |      |                      |  |
|  |                          |  | 契約の自動更新 | なし   | あり   |                      |  |
| 施設の建物に関する事項                                  |                          |  |         |      |      |                      |  |
| 建物の構造  | 鉄骨造り                     |  |         |      |      |                      |  |
| 建物の延床面積                                      | 1798.86 m <sup>2</sup>   |  |         |      |      |                      |  |
| 事業所を運営する法人が所有                                | なし                       | 一部あり   | あり      |      |      |                      |  |
| 抵当権の設定                                       | なし                       |  |         | あり   |      |                      |  |
| 貸借（借家）                                       |                          |  |         |      |      |                      |  |
| なし   | あり                       | 契約期間   | 始       | 終    |      |                      |  |
|  |                          |  | 契約の自動更新 | なし   | あり   |                      |  |

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    | 有料老人ホームグランシア戸田公園苦情等受付窓口 |            |
| 電話番号     | 048-421-2525            |            |
| 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 |
| 定休日等     | 無                       |            |

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

|          |                  |            |
|----------|------------------|------------|
| ① 窓口の名称  | 戸田市介護保険課         |            |
| 電話番号     | 048-441-1800 (代) |            |
| ② 窓口の名称  | 国民健康保険団体連合会      |            |
| 電話番号     | 048-824-2537     |            |
| 対応している時間 | 平日               | 9:00~16:30 |
|          | 土曜               |            |
|          | 日曜・祝日            |            |
| 定休日等     | 土曜・日曜・祝日         |            |

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

|    |    |  |
|----|----|--|
| なし | あり | (その内容) 賠償責任保険<br>一般賠償保険として、①施設賠償保険②生産賠償保険、共に各1事故1億円(限度額) |
|----|----|--|

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

|    |    |   |
|----|----|---|
| なし | あり | (その内容) ①施設の所有、使用、管理及び施設の仕事の遂行上の事故で施設の責任が問われ、賠償の義務が発生した場合<br>③ 提供した飲食物で食中毒や怪我が発生し、賠償の義務が発生した場合 |
|----|----|---|

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) 家庭的な雰囲気での自由な生活ができること。  
食事は車椅子ではなく「正しい座位で足は床に着き、施設自慢の食事」召し上がっていただき、入浴は流れ作業にならないように「ゆったりと入浴」していただく、排尿・排便は「オムツをできるだけしない」、認知症の方にも自由がある寄り添える介護を目指しています。

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 | あり | 実施した年月日   | 未定         |
|    |    | 当該結果の開示状況 | なし      あり |

第三者による評価の実施状況

|    |    |             |            |
|----|----|-------------|------------|
| なし | あり | 実施した年月日     |            |
|    |    | 実施した評価機関の名称 |            |
|    |    | 当該結果の開示状況   | なし      あり |

5. 利用料金

| 利用料の支払い方法  | 前払い方式    | 月払い方式   | 選択方式                      |
|--|----------|---|---------------------------|
|  | なし       |   |                           |
| 前払い方式  |          |   |                           |
| 前払い金及び月単位で支払う利用料   |          |   |                           |
| 年齢に応じた金額設定   | なし       | あり  |                           |
| 要介護状態に応じた金額設定  | なし       | あり  |                           |
| 料金プラン（例）※別添1参照   |          |   |                           |
| プラン名称  | 前払い金     | 月額  | (内訳)                      |
|  |          | 計   | 家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費    |
| 1人(個室B)  | 300万円    | 166,500円  | 35,000円 58,500円 73,000円   |
| 2人(夫婦部屋)   | 540万円    | 293,000円  | 70,000円 117,000円 106,000円 |
| 1人(夫婦部屋)   | 540万円    | 211,500円  | 70,000円 58,500円 83,000円   |
| ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。<br>※健康な方の長期間介護費(1週間以上)の日額1,500円は含まない。<br>※生活サポート費月額30,000円は含まない。(介護保険給付対象外の方)<br>※介護保険給付以外の介護費は含まない。 |          |   |                           |
| 算定根拠   | 家賃相当額    | 地域の賃貸住宅賃料を基準とする                                       |                           |
|  | 介護費用     | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。<br>介護報酬金額とする。                   |                           |
|  | 食費       | 医療保険が定める病院患者給食の1日当たりの給食費を基準とする                        |                           |
|  | 光熱水費     | 管理費に含む  |                           |
|  | 管理費      | 光熱水費・共用部分の維持管理費・修繕費・消耗品費<br>備品類の維持管理費及び購入・事務費         |                           |
|  | 前払い金     | (1ヶ月の家賃相当額一部) × (想定居住期間60ヶ月) × (想定を超えて入居が継続した場合の費用0円) |                           |
| 前払い金の償却に関する事項  |          |   |                           |
| 償却開始日の設定   | 入居日      |   |                           |
| 初期償却率  | (0%)     |   |                           |
| 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   | なし       |   |                           |
| 権利金等(※)の額  | なし       |   |                           |
| (※)平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。   |          |   |                           |
| 償却年数<br>(想定居住期間)   | 5年(60ヶ月) |   |                           |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例   |          |   |                           |
| 1. 算定方法 (前払い金÷償却日数) × 未償却日数 = 返還金  |          |   |                           |
| 2. 返還金の例 1、個室の300万のプランを選択し、2年3ヶ月10日(830日)で退居された場合<br>(300万円÷1825日) × 830日 = 1,364,520円                                     |          |   |                           |
| 保全措置の実施状況  | なし       | あり  | (保全先) 株式会社群馬銀行            |
| 三月以内の契約終了による返還金について  |          |   |                           |
| 三月の起算日   | 入居日      |   |                           |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法  |          |   |                           |
| 受領済の前払い金の全額より、入居契約書表題部(7)に定める1日当たり利用料の「入居期間」の額と入居契約書第31条に定める原状回復費用を差し引いて、居室明け渡し後90日以内に無利息で返金                               |          |   |                           |

する事とします。

返還金の支払方法

「契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例」を参照下さい。  
契約終了日までの日割り計算として月末締に処理し、翌月10日までに返還金の算定確認書を送付する。  
算定確認書に署名捺印の上、返却された月の翌々月末までに算定確認書に記載された口座に振込むこととする。

月払い方式

月単位で支払う利用料（前払い金の償却月額を加味した金額）

|               |    |    |
|---------------|----|----|
| 年齢に応じた金額設定    | なし | あり |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | あり |

料金プラン（例）※別添1参照

| プラン名称    | 月額       | （内訳）     |      |          |          |     |
|----------|----------|----------|------|----------|----------|-----|
|          |          | 家賃相当額    | 介護費用 | 食費       | 高熱水費     | 管理費 |
| 1人（個室B）  | 216,500円 | 85,000円  |      | 58,500円  | 73,000円  |     |
| 2人（夫婦部屋） | 383,000円 | 160,000円 |      | 117,000円 | 106,000円 |     |
| 1人（夫婦部屋） | 301,500円 | 160,000円 |      | 58,500円  | 83,000円  |     |

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。  
※健康な方の長期間介護費（1週間以上）の日額1,500円（1名分）は含まない。  
※生活サポート費月額30,000円（1名分）は含まない。（介護保険給付対象外の方）  
※介護保険給付以外の介護費は含まない。

|      |       |   |
|------|-------|---|
| 算定根拠 | 家賃相当額 | 地域の賃貸住宅賃料を基準とする                               |
|      | 介護費用  | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。<br>介護報酬金額とする。           |
|      | 食費    | 国が定める病院患者給食の1日当たりの給食費を基準とする                   |
|      | 光熱水費  | 管理費に含む  |
|      | 管理費   | 光熱水費・共用部分の維持管理費・修繕費・消耗品費<br>備品類の維持管理費及び購入・事務費 |

前払い方式・月払い方式共通

介護保険サービスの自己負担額

内容 ※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。

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    |                     |
| 利用料   | 円（月額・日額）            |
| 算定根拠  |                     |
| 支払い方法 | 月単位（日割り計算の有無 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利用料

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 病院等付添費（協力、提携病院以外の場合は、次の通りとなります。）  
看護師の場合 1人 1時間 1,600円（看護職員の平均時給）  
介護士の場合 1人 1時間 1,000円（介護職員の平均時給）  
その他、個別に発生した事案については協議の上取り決めることとする。

料金改定の手続

書面にて入居者及び入居者以外の契約者・身元引受人に料金改定の案内を行い、運営懇談会を開催し承認後実施する。

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 | あり     | なし |
| 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) |    |

## 「グランシア戸田公園」における重度化した場合の指針・看取り介護の指針

### 1、有料老人ホームグランシア戸田公園における重度化対応・看取りの考え方。

有料老人ホームグランシア戸田公園（以下、グランシア戸田公園という。）に入所している利用者は、そのほとんどが複数の疾患を持って日々の生活を送っている。また、加齢に伴う心身の機能低下とともに、疾患の再発や急変により、要治療状態になっていく可能性が高く医療ニーズは増大している。重度化した利用者が自宅での生活が困難となり、グランシア戸田公園へ希望して入居してくる現状をみると、医療ニーズの高い利用者が「その人らしい」生活を送るための援助体制の確保が必要だと考える。

### 2、重度化対応

#### (1) 医療機関との連携体制

グランシア戸田公園では入居者の重度化・看取りに伴う医療ニーズに応えるため、往診医や協力医療機関とともに、即応できる連携体制を確保する。

#### 《協力医療機関との連携》

グランシア戸田公園では下記の医療機関を協力医療機関とし、急性期・終末期の対応について連携を図る。

#### ※医療法人三慶会指扇病院附属 笹目クリニック

住 所：埼玉県戸田市笹目 5-20-10  
電話番号：048-421-5121

#### ※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  
電話番号：048-623-1101

#### ※医療法人社団松弘会 三愛病院

住 所：埼玉県さいたま市桜区田島 4-35-17  
電話番号：048-866-1717



## 《看護職員の体制》

グランシア戸田公園では、常勤の看護師を配置して、日常的な健康管理を行う。  
また、夜間帯はオンコール体制により 24 時間連絡可能な体制とする。

## 《グランシア戸田公園で対応できる医療行為》

### ①経管栄養（経鼻腔・胃ろう・腸ろう）

- ・カテーテル交換は、主治医指示の医療機関に出向き定期的に交換・管理する。
- ・経管栄養による実施は看護職員によって実施する。

### ②吸引

- ・看護職員の勤務時間帯に実施する。（9 時～19 時）
- ・上記以外の時間帯においては、随時口腔ケアを実施し、記録に記載する。  
ただし、口腔ケアを実施しても状態が悪化する場合は医療機関を緊急受診とする。

### ③留置バルーンカテーテル

- ・カテーテル交換は協力医療機関にて実施する。
- ・職員が定期的に破棄し、尿量を計測、記録する。

### ④インスリン

- ・インスリン注射の回数、時間帯は看護師の勤務時間内で対応する。
- ・自己注射できる入居者は職員見守りのもと実施する。

### ⑤在宅酸素

- ・酸素流量の管理は主治医指示のもと、看護師が行う。

### ⑥ストーマ

- ・処理等に関しては個人に応じ対応する。

## 《多職種によるチームケアの体制》

### ①施設サービス計画の作成

重度化しても「その人らしい」生活を送ることができるように、生活支援のニーズの変化に応じた施設サービス計画を作成し、利用者本人・家族とともに生活支援の目標を定める。

さまざまな医療的処置については主治医及び看護職員との連携によって対応する。その際は、施設サービス計画書を策定し、利用者若しくは家族の同意を得るものとする。

### ②施設サービス計画に沿ったケアの実施

施設サービス計画に基づき、利用者一人一人の心身の状態に応じた適切なケアの提供に努める。また、定期的なカンファレンスを開催し、施設サービス計画書を見直し調整する。

### ③緊急時の連絡と対応について

夜間に体調不良となった場合、速やかに主治医と連絡を取り、指示に従い対応する。また、救急搬送となった場合は協力医療機関と連絡をとり、ベットの空き状態等確認したうえで優先的に搬送する。

### ④入院期間中におけるグランシア戸田公園の料金の取り扱いについて

- ・入院した翌日から退院する前日までは介護料は頂戴しない。また、保険請求もしない。
- ・入院した翌日から退院する前日までは家賃の全額と管理費の半額を頂戴する。食費に関しては食事箋を発生させ、随時対応する。

### 3、看取り介護対応

#### 《看取りに関する考え方》

終末期をどこで過ごし、どこで最後を迎えるのかは、利用者本人や家族にとって重大な関心事となる。[治療]や[延命]を重視すれば病院となるが、住み慣れた自宅や施設で家族や馴染みのある職員に囲まれて迎える場合もある。

本人の病状や、本人・家族の意向等様々な条件があり、それらを考慮した上での判断となる。グランシア戸田公園では、利用者が終末期を迎えた場合、安らかな死を迎えることができるよう、家族と相談の上看取りの方法を一緒に考えていく。

#### 《看取りとする判断》

①医学的な処置をしても治癒の見込みがない、高齢のため負担のかかる治療は身体的苦痛が伴う等の説明を主治医からうけ、本人または家族からの希望があればグランシア戸田公園は人生の最後を迎える場として援助する。

②耐えられない苦痛が出現し、施設では対応しきれないと管理者が判断した場合家族と相談の上、搬送する場合もある。また家族から搬送希望があった場合にもその希望に応じる。

#### 《看取りとする同意書》

入居前、入居後に係らず主治医の病状説明後、終末期とする。その際には利用者本人または家族の同意を得るものとする。

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ 様

説明年月日 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。

## 介護サービス等の一覧表

|                   | 特定施設入居者<br>生活介護費で、<br>実施するサービス |    | 特定施設入居者生活介護費<br>で、各種一時金、月額利用料<br>等で、実施するサービス |    | 別途料金を徴収<br>した上で、実施する<br>サービス |    | 備 考     |
|-------------------|--------------------------------|----|--|----|------------------------------|----|---------|
|                   | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 介護サービス            |                                |    |  |    |                              |    |         |
| 食事介助              | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 排泄介助・おむつ交換        | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| おむつ代              | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 入浴(一般浴) 介助・清拭     | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 特浴介助              | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 身辺介助(移動・着替え等)     | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 機能訓練              | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 通院介助(協力医療機関)      | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 通院介助(協力医療機関以外)    | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 生活サービス            |                                |    |  |    |                              |    |         |
| 居室清掃              | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| リネン交換             | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 日常の洗濯             | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 居室配膳・下膳           | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事   | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| おやつ               | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 理美容師による理美容サービス    | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり | 月2回実施   |
| 買物代行(通常の利用区域)     | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 買物代行(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 |         |
| 金銭・貯金管理           | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |
| 健康管理              |                                |    |  |    |                              |    |         |
| 定期健康診断            | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり | 年2回実施   |
| 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 |         |
| 入院退院時・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・買物      | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり | 原則、家族対応 |
| 入院中の見舞い訪問         | なし                             | あり | なし   | あり | なし                           | あり |         |