

スマイリングホーム メディス川越
有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	2025年7月1日
記入者名	開米 渡
所属・職名	メディス川越・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（2011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／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ぐりーんらいふかぶしきがいしゃ グリーンライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒565-0853 大阪府吹田市春日三丁目20番8号	
連絡先	電話番号	03-5255-3335
	FAX番号	03-5200-1177
	ホームページアドレス	http://www.greenlife-inc.co.jp/
代表者	氏名	玉井 信行
	職名	代表取締役
設立年月日	1994年 5月 16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) すまいりんぐほーむ めでいすかわごえ スマイリングホーム メディス川越	
所在地	〒350-1138 埼玉県川越市中台元町一丁目 13 番地 5	
主な利用交通手段	最寄駅	J R川越駅
	交通手段と所要時間	J R川越駅からバス 10 分 (新所沢行) 「八雲神社」下車徒歩 3 分
連絡先	電話番号	049-245-1000
	FAX番号	049-245-5533
	ホームページアドレス	https://www.greenlife-inc.co.jp/facility/medis_kawagoe/
管理者	氏名	開米 渡
	職名	施設長
建物の竣工日		2004年 6月 18日
有料老人ホーム事業の開始日		2013年 5月 1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 第 1170405862 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 第 1170405862 号
	指定した自治体名	川越市
	事業所の指定日	2025年 1 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1081.0 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2024年7月17日～2029年7月16日) 2 なし			
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					
建物	延床面積	全体	1291.65 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1291.65 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物						
抵当権の設定		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2024年7月17日～2029年7月16日) 2 なし				
契約の自動更新		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.40～16.00 m ²	40室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²			
タイプ7	有/無	有/無	m ²			

	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※「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	6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	6ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	2ヶ所		
			その他（ ）	ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし		
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）		
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし		
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
その他	多目的ホール（兼機能訓練室）、浴室、脱衣室、汚物処理室、トイレ、応接室、健康相談室、談話室。					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	「思いやりによる地域社会への貢献」を運営方針とし、利用者はもとより地域社会に寄与することを念頭に、利用しやすく公平で効率的なサービスを提供する。
サービスの提供内容に関する特色	介護施設は単に要介護者のためだけではなく、介護にかかわるご家族にも不可欠ではないかと私たちは考えています。スマイリングホームは少しでも介護する方々の負担を軽減できるように、また、施設をご利用なさる方々にも、清潔で居心地が良く安心できる空間を提供したいと考えています。私たちはそれを「スマイリングホーム」と名付け、介護する方も介護される方も、みんな笑顔で、我が家同様に過ごしていただきたいと思えます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	個別機能訓練加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	入居継続支援加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	退去時情報提供加算			1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算			<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	科学的介護推進体制加算			1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	新興感染症等施設療養費			1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	サービス提供体制強化加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
(II)		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
(III)		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし		
介護職員等処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 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) : 1			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ 訪問診療医の確保 ）	
協力医療機関	1	名称	医療法人草芳会 三芳野病院
		住所	埼玉県入間郡三芳町北永井 890-6
		診療科目	内科・整形外科・婦人科・外科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・心療内科・泌尿器科・リハビリテーション科
		協力内容	外来診療の受入れ、緊急時入院の受入れ、日常の健康管理、医療相談、検査、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）
	2	名称	医療法人 埼玉病院
		住所	埼玉県川越市西小仙波町 1-8-3
		診療科目	内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・心療内科・放射線科・リハビリテーション科・漢方内科・人間ドッグ・各種健診・予防接種
		協力内容	外来診療の受入れ、緊急時入院の受入れ、日常の健康管理、医療相談、検査、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）
	3	名称	医療法人三慶会 指扇病院
		住所	埼玉県さいたま市西区宝来 1295-1
		診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科・放射線科・皮膚科・耳鼻咽喉科・歯科
		協力内容	外来診療の受入れ、緊急時入院の受入れ、社員に対する指導、検査、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）
	4	名称	医療法人社団七福会 ホリイマームクリニック さいたま
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-1-12
		診療科目	内科・リハビリテーション科・外科
		協力内容	外来診療の受入れ、訪問診療の実施、日常の健康管理、社員に対する指導、医療相談、検査、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人岸田会 岸田歯科医院
		住所	埼玉県鶴ヶ島市五味ヶ谷 232-1
		協力内容	歯科診療、訪問歯科、口腔ケアの指導・相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）

	2	名称	医療法人社団 彩明会 大宮デンタルクリニック
		住所	埼玉県さいたま市北区植竹町1-755-2TKビル1階
		協力内容	歯科診療、訪問歯科、口腔ケアの指導・相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）

(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 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	入居者に対してより適切な介護等を提供するために必要と判断する場合には、サービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。	
手続きの内容	① ホームの指定する医師の意見を聴く。 ② 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。 ③ 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、並びに身元引受人等に説明を行う。 ④ 入居者又は身元引受人等の同意を得る。	
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		
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 (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【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	自立の人は基本的に対象外ですが協議にて特例あり。	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者が解約した場合 (30 日の予告期間が必要) ③ 事業者が解約した場合 (90 日の予告期間が必要)	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払を正当な理由なくしばしば遅滞するとき ・入居者の言動が、他の入居者又は従業員の生命・身体・財産に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき、等 (その他は入居契約書参照)
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (内容: 6 泊 7 日まで。料金は 1 泊あたり 10,000 円 (税込 11,000 円))
	2	なし
入居定員	40 人	
その他		

5. 職員体制

※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 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員				
介護職員	12	9	3	11.2
看護職員	8	1	7	5.5
機能訓練指導員	1	0	1	0.3
計画作成担当者	1	0	1	0.8
栄養士	1	1	0	1
調理員	9	0	9	3.1
事務員	1	1	0	1
その他職員	4	0	4	2.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5
※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。				
※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。				

（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	9	6	3
実務者研修の修了者	1	1	0
初任者研修の修了者	2	2	0
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 (16時30分～9時30分)		
	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	1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 (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* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.4 : 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					
			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			1	1						
前年度1年間の退職者数				1						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満		1							
	1年以上 3年未満	2	3	3						
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満	5	2		1			1		
	10年以上	1		3						1
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 【表示事項】		<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <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	物価、経済情勢、公共料金等の変動、その他相当の事由がある場合及び運営管理費用、人件費、環境維持費用等を勘案する。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で変更します。	

(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			
	年齢		歳	
居室の状況	床面積	14.40 m ²	m ²	
	便所	1 有 <input checked="" 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	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		221,900 円 (税込 235,830 円)	円	
家賃 (非課税)		79,000 円	円	
サービス費用	介護保険外 ^{※2}	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	66,000 円 (税込 72,240 円)	円
		管理費	76,900 円 (税込 84,590 円)	円
		介護費用	0 円	円
		光熱水費	0 円	円
	その他	0 円	円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理費事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照して算出。
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。
管理費	76,900 円 (税込 84,590 円) 光熱水費、共有施設の維持管理費、共有施設の備品・消耗品費、事務・管理部門の人件費、レクリエーション費用の一部
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。 1 月 (30 日) 66,000 円 (税込 72,240 円) 1 日 2,200 円 (税込 2,408 円) 【内訳】 朝食 524 円 (税込 566 円)・昼食 790 円 (税込 869 円)・おやつ 96 円 (税込 104 円)・夕食 790 円 (税込 869 円) ※1 医療保険外の経管栄養剤 (特殊品を除く) の場合、食費は 1 日あたり 2,200 円 (税込 2,408 円) となります。 ※2 特別食が必要となる場合には、本契約で定める食費の設定でなく、別途定められる費用での提供となります。 ※3 朝食、おやつについては軽減税率の対象となります。
光熱水費	管理費に含まれる。
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、及び前掲の加算の利用者負担分。
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)	なし。
※ 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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	16人
	女性	24人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	14人
	85歳以上	23人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	0人
	要介護 2	6人
	要介護 3	4人
	要介護 4	11人
	要介護 5	19人
入居期間別	6ヶ月未満	8人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	19人
	5年以上 10年未満	7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	84.8歳
入居者数の合計	40人
入居率※	100.0%
※ 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	0人
	医療機関	1人
	死亡者	12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	1人
		(解約事由の例) 療養病院等への転居。

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		施設窓口担当者 (施設長) 開米 渡	川越市役所保険福祉部 介護保険課	埼玉県国民健康保険 団体連合会 介護サービス苦情相 談係
電話番号		049-245-1000	049-224-8811	048-824-2568
対応している時間	平日	8:30~17:00	8:30~17:15	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00	-	-
	日曜・祝日	8:30~17:00	-	-
定休日		施設長の公休日は計 画作成担当者又は生 活相談員が対応。	土・日曜、祝日は休 み。	土・日曜、祝日 は休み。

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 賠償責任保険加入福祉事業施設・福祉事業：あいおいニッセイ同和損保 老人介護・障害者福祉を目的とする業務の遂行や施設の所有・使用または管理に起因する事故、利用者に提供した飲食物などの生産物や業務の結果に起因する事故によって、サービス利用者や第三者に損害を与え、法律上の損害賠償責任を負担した場合に被る損害に対し保険金が支払われます。(1事故につき1億円を限度とします)
	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)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2024年9月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名 :)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	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 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 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)	
	2 適合している (将来の改善計画)	
	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	なし	
不適合事項がある場合の内容		

- 添付書類 : 別添 1 (別を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 (特定施設商品価格表)
 別添 4 (重度化した場合における対応に係る指針)

※ _____ 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。

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
<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	グリーンライフ宮代デイサービスセンター	南埼玉郡宮代町須賀1300
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	グリーンライフ宮代ショートステイ	南埼玉郡宮代町須賀1300
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	メディス武蔵浦和（他8か所）	さいたま市南区鹿手袋5-5-6
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	グリーンライフ栗橋（他1か所）	久喜市栗橋1342-1他
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		
<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	グリーンライフ宮代デイサービスセンター	南埼玉郡宮代町須賀1300
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	グリーンライフ宮代ショートステイ	南埼玉郡宮代町須賀1300
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	メディス武蔵浦和（他8か所）	さいたま市南区鹿手袋5-5-6
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	グリーンライフ宮代（他1か所）	南埼玉郡宮代町大字須賀1295他
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		

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	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	料金*3	備考
	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)	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					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり					
おむつ代			なし	あり		○			実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					清拭：入浴困難な時に随時
特浴介助	なし	あり	なし	あり					週3回入浴時介助
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					毎日朝・夜及び入浴時に一部介助
機能訓練	なし	あり	なし	あり					身体状況に応じた訓練
通院介助（協力医療機関）	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		○	4,400円		1時間につき4,000円（税込4,400円）。交通費実費負担
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					週3回
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○				週3回
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					必要であれば食事の都度
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○				
おやつ			なし	あり	○				96円(税込104円)食費に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○			外部業者、実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	3,300円		1回3,000円（税込3,300円）・実費負担
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	3,300円		1回3,000円（税込3,300円）・実費負担
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○			年2回。実費負担。
健康相談	なし	あり	なし	あり					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					
服薬支援	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					
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					指定移送事業者でないため実施していない
入退院時の同行（協力医療機関）	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		○	4,400円		1時間につき4,000円（税込4,400円）。交通費実費負担

入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	3,300円	1回 3,000円 (税込 3,300円)・実費負担
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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、3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、月額サービス費用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応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※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。

【特定施設おむつ価格表】

2025年6月版

	商品名	1パック/枚	税別価格	消費税	販売価格
1	アテント 長時間安心パッド [®] ワイド [®]	36	¥3,559	非課税	¥3,559
2	アテント Rケアうす型さらさらパンツM-L	22	¥4,423	非課税	¥4,423
3	アテント Rケアうす型さらさらパンツL-LL	20	¥4,467	非課税	¥4,467
4	アテント テープ止めタイプ [®] M	20	¥3,845	非課税	¥3,845
5	アテント テープ止めタイプ [®] L	20	¥4,920	非課税	¥4,920
6	アテント Sケア軟便安心パッド [®]	20	¥1,531	非課税	¥1,531
7	アテント 夜一枚安心パッド [®] 特に多いタイプ [®]	20	¥3,802	非課税	¥3,802
8	アテント 尿とりパッド [®] スーパー吸収	69	¥3,691	非課税	¥3,691
9	アテント 夜一枚安心パッド [®] 多いタイプ [®]	20	¥4,725	非課税	¥4,725
10	アクティ軟便ガード [®] 60本	60	¥4,595	非課税	¥4,595
11	かみそりL型		¥200	¥20	¥220
12	かみそりT型		¥200	¥20	¥220
13	ひげそり		¥1,200	¥120	¥1,320
14	ひげそり(替刃)		¥1,200	¥120	¥1,320
15	消臭液		¥700	¥70	¥770
16	クリネックスNEW「アロエローションティッシュ」400枚200組		¥300	¥30	¥330
17	スコッティ フラワーホックスティッシュ-5B		¥360	¥36	¥396
18	クリネックスストレートペーパー「システィ4ロール」(ダブル)		¥400	¥40	¥440
19	歯ブラシ ふつう		¥200	¥20	¥220
20	歯ブラシ かため		¥200	¥20	¥220
21	歯ブラシ やわらかめ		¥200	¥20	¥220
22	Kenzプラスチックエプロン (袖付) (1セット:10枚入)		¥1,800	¥180	¥1,980
23	SHIPマスク(個包装)	7	¥398	¥40	¥438
24	SHIPマスク(箱入り)	30	¥600	¥60	¥660
25					
26					
27					
28					
29					
30					

※上記以外のおむつ、雑貨も販売致します。

おむつの持込の場合、廃棄料は一律100円/枚(税込110円/枚)とします。

重度化した場合における対応に係る指針

スマイリングホームでは、入居者の身体状況が重度化した場合に適切な対応を取るために、以下の通り指針を定めます。

1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

入居者の健康管理は、基本的に主治医の指示・指導に従い、看護社員、介護社員、及び他の社員が共同して行ないます。日常は看護社員により健康状態を観察し、その状態に異常を認めた場合は医師へ報告し、その指示に従い、施設内での処置、病院への搬送、救急要請など必要な対応を取ります。予断を許さない場合には、主治医の判断を仰がずに救急車要請を行い、その後で主治医、代理人に報告することもあります。

2. 主治医の選定

ホームでの生活に当たっては、入居者には必ず主治医を定めていただくことをお願いしています。日常の健康管理から、健康状態に異常が起きた場合の対応のために医師の指示・指導が不可欠です。主治医の選定に当たっては、特別な事情が無い限り、訪問診療日の調整や定期健康診断の便宜性などからホームと協力関係のある訪問診療医をお勧めします。

3. 医療費

医療費、薬代は自己負担（健康保険を適用する場合はその自己負担分）です。主治医の選定を含む医療については、入居者（代理人）とその医療機関との間で話しあっていただきます。診療内容の説明など医療面で介入することは許されていません。代金の立替や、訪問診療日程の連絡などは当ホームで行ないます。また、訪問診療を受ける場合、治療費以外に管理料や指導料等の負担が発生する場合がありますので、主治医にご確認をお願いします。

4. 入院期間中における管理費等の取扱い

入居者が医療機関等に入院された場合、以下の通りとします。

- ・室料・・・全額いただきます。
- ・管理費・・・全額いただきます。
- ・食費・・・いただきません。

5. 急変時の対応

当ホームは介護付有料老人ホームで、医師は常駐していません。また、急に心肺停止状態に陥った場合、救急蘇生のための設備や人員体制を備えた施設でもありません。入居に当たっては、このことを十分ご理解いただき、入居契約を締結することとしています。尚、特別な意思表示が事前に無い場合、急変時は主治医の指示に従い救急要請（救急車による救急病院への搬送）を行ないます。一般的に、その時点で担当医師は代理人に対し治療方針について確認しますが、代理人の立会いが無い場合、救急車を要請した時点で、気管切開や人工呼吸器設置などの延命措置を希望したものと判断されます。従って、急な心肺停止状態などを含めた緊急時の対応法について、入居者、代理人、ご親族で日頃より話し合ってくださいをお願いします。

6. 看取りに関する指針

入居者の病状の重篤化などにおける看取りにつきましては、基本的に入居者や代理人の意向を尊重し、当ホームでの生活の継続を希望される場合につきましては、出来る限りのサービスの提供に努めます。また、看取りの際には再度入居者や代理人にご意向を確認させていただきます。ただし、医師が医療行為を必要と判断した場合は除きます。

7. 入居者及び代理人との話し合いの方法

入居者または代理人が急変時の対応について特別なご要望がある場合は、要望書などの作成、提出をお願いします。ご要望を書面で保管します。一度作成した要望書は定期的に見直し、医師、入居者、代理人、社員間での意思疎通に努めます。