

クロスハート湘南台二番館  
重要事項説明書

社会福祉法人 伸こう福祉会

## 有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2021年7月1日

## 1 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 伸こう福祉会
代表者名	理事長 高田 益江
所在地	横浜市栄区公田町1020番5
電話番号/FAX番号	045-896-1234/045-896-1235
ホームページアドレス	http://www.shinkoufukushikai.com/
設立年月日	1999年3月5日
直近の事業収支決算額 ※	(収益)5,909,938千円 (費用)5,715,722千円 (損益)194,216千円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (橋本公認会計士事務所)
他の主な事業	介護保険指定事業 (特別養護老人ホーム・グループホーム・通所介護・短期入所・訪問介護 等)

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

## 2 施設概要

施設名	クロスハート湘南台二番館	
所在地	神奈川県藤沢市円行25-1	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付 ( <input checked="" type="checkbox"/> 一般型 ・ <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 ) <input type="checkbox"/> 2 住宅型 <input type="checkbox"/> 3 健康型
	居住の権利形態	<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
	入居時の要件 その他の要件	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 4 自立・要支援・要介護 ( )
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 県指定介護保険特定施設 (番号1472205127、指定年月日 平成27年3月1日) <input type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦等居室含む) <input type="checkbox"/> 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )
開設年月日	2015年3月1日	
施設の管理者氏名	鈴木 麻利子	
電話/FAX番号	0466-43-2700/0466-43-2701	
メールアドレス	-	
交通の便	小田急電鉄江ノ島線、相鉄いずみの線、横浜市営地下鉄「湘南台駅」より、徒歩12分または神奈中バス「桐ヶ谷」バス停より徒歩5分	
ホームページ	http://www.shinkoufukushikai.com/	
敷地概要	権利形態 <input type="checkbox"/> 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借地 (借地の場合の契約形態) <input checked="" type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ <input type="checkbox"/> 定期借地契約 (借地の場合の契約期間)    平成21年10月1日～41年9月30日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 敷地面積                                    3,137.87 m <sup>2</sup> 抵当権の設定 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	

建物概要	権利形態	<input type="checkbox"/> 所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家				
	(借家の場合の契約形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ <input type="checkbox"/> 定期借家契約				
	(借家の場合の契約期間)	平成26年11月1日～46年10月31日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
	建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上4階建(耐火)				
	延床面積	4,628.17 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム4,015.02m <sup>2</sup> )				
	建築年月日	平成 5年1月20日建築				
	改築年月日	平成27年1月31日改築				
	建築確認の用途指定	<input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ <input type="checkbox"/> その他( )				
	抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
居室概要	居室総数	80室	定員	80人 (一時介護室を除く)		
	1. 全室個室					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ1	15人	無	無	15.88m <sup>2</sup> ～18m <sup>2</sup>	15室
	Aタイプ2	52人	有	無	14.98m <sup>2</sup> ～18m <sup>2</sup>	52室
	Bタイプ	12人	有	無	23.51m <sup>2</sup> ～24.75m <sup>2</sup>	12室
Cタイプ	1人	有	無	36.37m <sup>2</sup>	1室	
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (2～4階 (282.55 m <sup>2</sup> ))				
	浴室	一般浴槽	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (3～4階 (46.10 m <sup>2</sup> ))			
		リフト浴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無			
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (2階 (13.00 m <sup>2</sup> ))			
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (各階)				
	洗面設備	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (各階)				
	医務室(健康管理室)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (3階 (12.37 m <sup>2</sup> ))				
	談話室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (3階 (18.00 m <sup>2</sup> ))				
	面談室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (2階 (18.00 m <sup>2</sup> ))				
	事務室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (2階 (54.00 m <sup>2</sup> ))				
	洗濯室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (2階 (15.26 m <sup>2</sup> ))				
	汚物処理室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (共用トイレに汚物流しを設置)				
	看護・介護職員室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (2階 (11.72 m <sup>2</sup> ))				
	機能訓練室	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (2～4階 (282.55 m <sup>2</sup> )) 他の共用施設との兼用 <input checked="" type="checkbox"/> 有(食堂・ラウンジ)				
	健康・生きがい施設	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (4階 (249.15 m <sup>2</sup> ))				
	緊急通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
	エレベーター	2基(うちストレッチャー搬入可 1基)				
居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (1.64m～1.79m)					
消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		防災計画	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
危険区域の指定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無					
	<input type="checkbox"/> 有	指定されている危険区域 1. 水害 2. 土砂災害 3. その他( )				
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要	短期入所生活介護事業所	219,44m <sup>2</sup>				
	通所介護事業所	278,67m <sup>2</sup>				



月払い方式の場合

プラン名	月額利用料	内 訳				
		家賃相当額	管理費	介護費用	食費	光熱水費
Aタイプ	216,670	107,000	38,570	介護度による	45,720	25,380
Bタイプ	269,670	160,000	38,570		45,720	25,380
Cタイプ	302,670	193,000	38,570		45,720	25,380
月額利用料の算定根拠	家賃	建物賃借料、改修工事費、修繕費を勘案して算出				
	管理費	共用部分の維持管理費、運営管理に係る事務経費、管理部門の人件費等を勘案して算出				
	介護費用	—				
	食費	1日30日で計算（朝食305円、昼食406円、夕食711円、おやつ102円） ※嚥下調整食（常食以外のお食事）の追加料金 1食あたり100円				
	光熱水費	共用部分の電気、ガス、水道料を勘案して算出				

(2) 月額利用料の取り扱い

支払日	月額利用料その他は毎月 20 日の請求書により 27 日支払いとする。
支払い方法	銀行引落
その他留意事項	—

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件（入居契約書第 29 条による）
	手続き（入居契約書第 29 条による）
	解約予告期間（90 日）
入居者からの解約予告期間	30 日

(4) その他の共通事項

利用料の改訂	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等に変動があった場合に変更する	
	手続き方法	県に事前相談し、運営懇談会の意見を聞いた上で、入居者又は身元引受人の同意を得る。	
入院等による不在時における利用料金の取り扱い	1. <input type="checkbox"/> 減額なし 2. <input checked="" type="checkbox"/> 日割りで減額 3. <input type="checkbox"/> 不在期間が30日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
消費税の対象外とする利用料等	家賃（その他税法上の規定に則る）		
体験入居の扱い	1. <input type="checkbox"/> 無	期間	6泊7日を上限とする。
	2. <input checked="" type="checkbox"/> 有	費用	1泊2日5,500円（介護保険の適用はありません）

#### 4 サービスの内容

##### (1) 全体の方針

運営に関する方針	ご利用者の今の維持に全力を尽くします（個別機能訓練による身体機能の維持、他者との関わりによる社会的役割の維持）
サービスの提供内容に関する特色	個別機能訓練の実施、建物内のホールにて地域のボランティア等によるコンサートへの参加

サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
食事の提供	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	安否確認または状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
月額利用料に含まれるサービスの 内容・頻度等	管理費	共用施設の維持管理、相談、取次等	
	食費	三食の提供、厨房管理費	
	その他	—	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	—	
安否の確認の方法・頻度等	要支援・要介護者には日中2回以上、夜間1回以上のほか、適宜居室見回りを実施。		
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険への加入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	株式会社損害保険ジャパン日本興和ひまわり生命保険	

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

##### (2) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	入居している居室で介護します。但し心身の状況により居室を移動する場合があります。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	<p>1 <input type="checkbox"/>一時居室へ移る場合</p> <p>2 <input checked="" type="checkbox"/>別の居室へ住み替える場合</p> <p>3 <input type="checkbox"/>提携ホームへ住み替える場合</p>
判断基準・手続き、追加費用の要否、居室利用権の取り扱い等	<p>・適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師等の意見を聞いた上で、居室を変更して頂くことがあります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えて頂きます。なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。なお変更にあたり前払い金調整に係る追加費用が掛かる場合があります。</p> <p>・入居者の都合による住み替え希望があった場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。</p>

6 (3) 医療の提供状況等

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南第一病院
	診療科目	内科・循環器科、消化器内科、整形外科皮膚科、麻酔科
	所在地	藤沢市湘南台 1-19-7
	距離及び所要時間	約 1.1Km 車で 3 分
	協力内容	通院・入院加療
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	湘南台クリニック
	診療科目	内科・精神科
	所在地	藤沢市湘南台 2-6-10 WP7th ビルディング 3 階
	距離及び所要時間	約 1.2 km、車で 4 分
	協力内容	訪問診療
	名 称	湘南食サポート歯科
	所在地	藤沢市本藤沢 1-10-14
	距離及び所要時間	約 5.9 km、車で 18 分
入居者が医療を要する場合の対応	協力内容	訪問歯科
	<p>(通院) ・病院への通院同行は、月額利用料に含まれません。</p> <p>(入院) ・医師の判断を基本とし、入居者及びご家族と話し合い頂き、協力医療機関又は希望する病院に入院となります</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院期間中は月額利用料のうち家賃相当額及び管理費をお支払頂きます</li> <li>・入院のための移送及び同行は、月額利用料に含まれません。</li> <li>・入院に係る費用は、入居者の負担となります</li> </ul>	

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年7月1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数(18時～翌8時)	備 考 (資格・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			介護支援専門員・介護福祉士
	生活相談員	1			介護福祉士
	直接処遇職員	22	17		
	介護職員	20	15	4	介護福祉士・介護職員実務者研修受講者他
	看護職員	2	2		看護師・准看護師
	機能訓練指導員	1	1		
	理学療法士				
	作業療法士				
	その他	1	1		柔道整復師他 ※ディサービス機能訓練指導員との兼務あり
	計画作成担当者	1			介護支援専門員・介護福祉士
	医師				
	栄養士	1			栄養士・調理師
	調理員	0	4		調理師等
事務職員		2		簿記2級他	
その他職員	0	16		介護福祉士・介護支援専門員他	
合 計	27	40	4		

## (2) 職員の状況

管理者		他の職務との兼務				■あり							
		兼務に係る資格等		■あり									
				資格等の名称		介護福祉士・社会福祉施設長							
		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	採用者数	1		1	3								
	退職者数	1	1	1	9								
業務に従事した 経験年数に応じた 職員の人数	1年未満			3	2								
	1年以上3年未満			5	3				1				
	3年以上5年未満			5	3								
	5年以上10年未満	1		6	3	1		1					
	10年以上	3		2	3			1		1			
従業者の健康診断の実施状況				■あり □なし									

## (3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	0人	介護職員実務者研修修了者	5人
介護福祉士	7人	介護職員初任者研修修了者	23人
介護支援専門員	0人	資格なし	0人

## 6 入居・退去等

入居者数及び定員	76名（定員80名）		
入居者の状況	男性 19人 女性 57人		
	要介護	(内訳) 要介護1 21人 要介護4 8人 要介護2 12人 要介護5 5人 要介護3 19人	
	要支援	(内訳) 要支援1 8人 要支援2 3人	
平均年齢	88.9歳（男性88.0歳、女性89.2歳）		

## 7 退居状況等

前年度における 退居者の状況	退居先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	1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)
		入居者側の申し出	2人
		(解約事由) 身体状態悪化による転所	



8 その他の運営体制

運営懇談会の実施状況	1 <input type="checkbox"/> 無	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	1 <input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり（書面によって説明と同意を得る） 2 <input type="checkbox"/> 代替措置なし
高齢者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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 2 <input type="checkbox"/> 有	
苦情解決の体制（相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）	・施設担当者 鈴木麻利子 TEL0466-43-2700 ・法人本部 TEL045-260-0568 ・神奈川県国民保険団体連合会 TEL0570-022-110（苦情専用） ・神奈川県高齢福祉課 TEL045-210-1111（代表） ・藤沢市福祉健康部介護保険課 TEL0466-50-3527	
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	事故対応マニュアルに基づき応急措置、協力医療機関への搬送、若しくは119版通報による他の医療機関への搬送を行うとともに、看護・介護職員から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。	
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ <input type="checkbox"/> 可	
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人は本契約に基づく入居者の事業者に対する責務につき入居者と連帯して履行の責を負います 又必要な時には入居者の身柄を引き取ります。	
公益社団法人全国老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保障制度への加入状況	協会へ加入 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	全国介護付きホーム協会 <input checked="" type="checkbox"/> 加入
	入居者基金への加入 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見を把握する取組の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（常時意見箱を設置/アンケート実施2018年8月）	

10 情報開示

入居希望者等への情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（ <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」

別添4「個人情報の取り扱いについて」

別添5「個人情報使用同意書」

別添6「高齢者の心身状況におけるご説明」

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

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法や別添資料を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受け、同意、承諾いたします。

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

# 個人情報の取り扱いについて

社会福祉法人伸こう福祉会、有料老人ホーム クロスハート湘南台二番館  
は個人情報の取り扱いについて、以下のとおり公表いたします：

## 1 使用目的

- (1) 介護サービス計画書作成のため
- (2) 介護サービスの提供を受けるにあたって開催される「入所判定委員会」ならびに「サービス担当者会議」等において、利用者の状態、家族の状況を把握するため
- (3) 外部のサービス提供事業者、行政機関との調整のため
- (4) ご家族等への利用者の心身状況の説明のため
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合
- (6) 事故・災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため
- (7) 介護保険の給付管理に関わる事務及び会計事務のため
- (8) 介護認定の申請、更新、変更及び要介護(要支援)認定調査のため
- (9) 業務の維持改善のための基礎資料として

## 2 個人情報第三者への提供について

当施設では、ご利用者の同意を得ることなく、ご利用者の個人情報を第三者に提供することはありません。

ただし、法令に基づく場合（介護保険法における不正受給者に係る市町村への通知等）、ご利用者の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合であって、ご利用者の同意を得ることが困難なときはこの限りではありません。

## 3 個人情報の取り扱いを外部の業者に委託する場合について

当施設が保有する個人情報について、外部の業者に委託するときは、必要な契約を締結し適切な管理・監督を行います。

## 4 個人情報の開示、苦情の申し立てについて

当施設が保有する個人情報に関する開示、訂正、削除、利用停止、提供拒否及び苦情につきましては、下記の窓口で受け付けいたします。

個人情報受付担当	鈴木麻利子
個人情報管理責任者	鈴木麻利子
電話番号	0466-43-2700
FAX 番号	0466-43-2701

## 4 安全管理

当施設では、個人情報の漏洩、滅失、毀損、改ざんを防止し、安全管理を徹底いたします。また職員教育を継続し、個人情報の適切な取り扱いを指導してまいります。

## 個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 1 使用目的

- (1) 介護サービス計画書作成のため
- (2) 介護サービスの提供を受けるにあたって開催される「入所判定委員会」ならびに「サービス担当者会議」等において、利用者の状態、家族の状況を把握するため
- (3) 外部のサービス提供事業者、行政機関との調整のため
- (4) ご家族等への利用者の心身状況の説明のため
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合
- (6) 事故・災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため
- (7) 介護保険の給付管理に関わる事務及び会計事務のため
- (8) 介護認定の申請、更新、変更及び要介護（要支援）認定調査のため
- (9) 業務の維持改善のための基礎資料として

### 2 使用する期間

サービスの利用申し込みを行ってからサービスの提供を受けている期間、契約終了時まで

### 3 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う
- (2) 個人情報を使用した会議、出席者、個人情報利用の内容等の経過を記録する
- (3) 名札・室札の表示は（可能・不可）とする
- (4) 外部からの取材・見学時に写真撮影に応じることを（可能・不可）とする
- (5) 法人内での広報誌やパンフレット等の写真撮影に応じることを（可能・不可）とする
- (6) 外部よりの入所照会や部屋番号の問い合わせについて回答することを（可能・不可）とする
- (7) 日常的なご様子や介護記録類を代理人以外の家族・訪問者へ閲覧（可能・不可）とする

※ご署名いただいた方を利用者の代理人と認め施設からの情報提供対象者といたします

## 高齢者の心身状況におけるご説明

- アルツハイマー症やパーキンソン病、ピック病等の脳神経系の既往歴をお持ちの方につきましては症状の進行に伴い、歩行困難、嚥下困難、活動性の低下、体重の減少等が自然に生じます。
- 脳血管疾患や心臓の持病をお持ちの方は、加齢に伴い再発の可能性が非常に高くなります。これらの発症により、利用者の心身状態の急激な悪化が予測されます。
- 加齢に伴う歯の抜け落ちや、疾患の進行により食物を噛み砕く力や飲み込んだりすることに障害が起こりやすくなります。例えば水分でのむせ込みや、食物が気管に入ることにより、自然と肺炎を発症しやすくなります。また、自分で食事をしていても知らず知らずのうちに喉に詰まらせてしまう危険性も増大します。
- 筋力の低下と共に骨ももろくなり、歩行時に足がふらついて転倒すると、強い衝撃でなくても骨折することがあります。特に骨粗しょう症等のご病気をお持ちの方は自分の身体の重みで骨折してしまうようなこともあります。また皮膚も加齢と共に変化し、表皮が薄く弾力性に乏しくなります。そのため、外部刺激にも弱くなり、少しぶつけただけでアザになったり、皮膚がむけてしまったりします。
- 歩行ができないのに車椅子から立ち上がることや、ベッドや車イスからずり落ちる等の行為により、骨折をするリスクが高まります。特に、住環境が大きく変わる入所後半年間の転倒・骨折は非常に多い傾向にあります。
- 他の利用者との人間関係の中で、しばしば不穏になることや、これまでご自宅ではなかったような症状が現れることがあります。

私ども職員は、大切な方のお手伝いをご家族から託されているという意識を常に持ち、最善の見守り・介護を努力いたしますが、どうしても人員の制約上、特に夜間については対応が遅れることもあるということをご理解下さいませ。またこのような状況が発生した場合は速やかにご家族に連絡をすると共に、主治医の指示を仰ぐものといたします。

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（ ■有 ・□ 無 ）

区 分		自 立			要支援 1～2			要介護 1～5		
提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス		特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
<b>1. 介護サービス</b>										
①巡回										
・昼間 9時～ 18時	有	体調不良時のみ対応	-		2回程度（体調を考慮）	-		2回程度（体調を考慮）	-	
・夜間 18時～ 9時	有	1回程度（体調を考慮）	-		1回程度（体調を考慮）	-		1回程度（体調を考慮）	-	
②食事介助										
	有	体調不良時のみ対応	-		必要時対応	-		必要時対応	-	
③排泄										
・排泄介助	有	-	-		必要時対応	-		必要時対応	-	
・おむつ交換	有	-	-		必要時対応	-		必要時対応	-	
④入浴等										
・清拭	有	-	-		適宜対応	-		適宜対応	-	
・一般浴介助	有	-	-		週2回	週3回目以降	30分800円	週2回	週3回目以降	30分800円
・特浴介助	有	-	-		-			一般浴と併せて週2回	週3回目以降	30分800円
⑤身辺介助										
・体位交換	有	-	-		体調不良時	-		体調不良時	-	
・居室からの移動	有	-	-		必要時対応	-		必要時対応	-	
・衣類の着脱	有	-	-		必要時対応	-		必要時対応	-	
・身だしなみ介助	有	-	-		必要時対応	-		必要時対応	-	
⑥機能訓練										
	有	-	-		適宜対応（計画に基づく）	-		適宜対応（計画に基づく）	-	
⑦通院の介助										
	有	-	-		希望時（協力医療機関）	協力医療機関以外	30分800円	希望時（協力医療機関）	協力医療機関以外	30分800円
⑧緊急時対応										
	有	緊急時対応	-		必要時対応	-		必要時対応	-	
<b>2. 生活サービス</b>										
①家事										
・清掃	有	週2回	週3回目以降	30分800円	適宜対応	-		適宜対応	-	
・洗濯	有	随時	-		随時	-		随時	-	
②居室配膳・下膳										
	有	体調不良時のみ対応	-		体調不良時のみ対応	-		体調不良時のみ対応	-	
③理美容										
	有	-	訪問理容師対応	実費	-	訪問理容師対応	実費	-	訪問理容師対応	実費
④代行										
・買物	有	週2回指定日	指定日以外	30分800円	週2回指定日	指定日以外	30分800円	週2回指定日	指定日以外	30分800円
・役所手続	無	-	-	30分800円	-	-	30分800円	-	-	30分800円
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・健康診断	有	-	任意 年1回	実費	-	任意 年1回	実費	-	任意 年1回	実費
・健康相談	有	適宜対応	-		適宜対応	-		適宜対応	-	
・生活指導	有	適宜対応	-		適宜対応	-		適宜対応	-	
・医師の往診	有	-	月2回程度	医療保険適用	-	月2回程度	医療保険適用	-	月2回程度	医療保険適用
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・入退院時の同行	有	適宜対応	協力病院以外	30分800円	適宜対応	協力医療機関以外	30分800円	適宜対応	協力医療機関以外	30分800円
<b>5. その他サービス</b>										
・レクリエーション	有	適宜対応	材料費、交通費等	実費	適宜対応	材料費、交通費等	実費	適宜対応	材料費、交通費等	実費

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。

注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。

注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

## 神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

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

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい施設	有			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

## その他(上記項目以外の主な指針不適合事項)

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

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 ■介護専用型 2 □混合型 3 □混合型（外部サービス利用型） 4 □地域密着型 5 □介護予防 6 □介護予防（外部サービス利用型）																																	
介護保険に係る利用料（適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額）	<p style="text-align: center;">特定施設入居者生活介護 <span style="float: right;">（1か月30日の例）</span></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区 分</th> <th rowspan="2">月 額</th> <th colspan="3">利用者負担額</th> </tr> <tr> <th>1 割</th> <th>2 割</th> <th>3 割</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td>170,115 円</td> <td>17,012 円</td> <td>34,023 円</td> <td>51,035 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>190,984 円</td> <td>19,099 円</td> <td>38,197 円</td> <td>57,296 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>213,118 円</td> <td>21,312 円</td> <td>42,624 円</td> <td>63,936 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>233,355 円</td> <td>23,366 円</td> <td>46,671 円</td> <td>70,007 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>255,173 円</td> <td>25,518 円</td> <td>51,035 円</td> <td>76,552 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額			1 割	2 割	3 割	要介護1	170,115 円	17,012 円	34,023 円	51,035 円	要介護2	190,984 円	19,099 円	38,197 円	57,296 円	要介護3	213,118 円	21,312 円	42,624 円	63,936 円	要介護4	233,355 円	23,366 円	46,671 円	70,007 円	要介護5	255,173 円	25,518 円	51,035 円	76,552 円
	区 分			月 額	利用者負担額																													
		1 割	2 割		3 割																													
	要介護1	170,115 円	17,012 円	34,023 円	51,035 円																													
	要介護2	190,984 円	19,099 円	38,197 円	57,296 円																													
	要介護3	213,118 円	21,312 円	42,624 円	63,936 円																													
	要介護4	233,355 円	23,366 円	46,671 円	70,007 円																													
	要介護5	255,173 円	25,518 円	51,035 円	76,552 円																													
	各種加算の状況																																	
	身体拘束廃止取組の有無	□減算型・■基準型																																
	退院・退所時連携加算	■無 ・ □有																																
	入居継続支援加算	■無 ・ □有																																
	生活機能向上連携加算	■無 ・ □有																																
	個別機能訓練加算	□無 ・ ■有																																
	夜間看護体制加算	□無 ・ ■有																																
若年性認知症入居者受入加算	■無 ・ □有																																	
医療機関連携加算	□無 ・ ■有																																	
口腔衛生管理体制加算	■無 ・ □有																																	
栄養スクリーニング加算	■無 ・ □有																																	
看取り介護加算	□無 ・ ■有																																	
認知症専門ケア加算	■無 □有	(I) (II)																																
サービス提供体制強化加算	■無 □有	(I) イ																																
		(I) ロ																																
		(II)																																
介護職員処遇改善加算	□無 ■有	(III)																																
		(IV)																																
		(V)																																
		(I)																																
		(II)																																
介護職員等特定処遇改善加算	□無 ■有	I (II)																																



介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)				
	区分	月額	利用者負担額		
			1割	2割	3割
	要支援1	57,548円	5,755円	11,501円	17,265円
要支援2	98,338円	9,834円	19,668円	29,502円	
各種加算の状況					
身体拘束廃止取組の有無	<input type="checkbox"/> 減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型				
生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有				
個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有				
医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有				
栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有				
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(I)			
		(II)			
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(I)イ			
		(I)ロ			
		(II)			
		(III)			
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<u>(I)</u>			
		II			
		III			
		IV			
		V			
介護職員等特定処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	I			
		<u>II</u>			
短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照		

## 2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	記入日時点の平均値
要支援者の人数	18	12	11
要介護者の人数	54	64	65
指定基準上の直接処遇職員の数	18	20.3	22.7
配置している直接処遇職員の数	40	41.7	38
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の数割合	1.6 : 1	1.8 : 1	1.9 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40 時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番	7 : 00 ~ 16 : 00
		日勤	9 : 00 ~ 18 : 00
		遅番	10 : 00 ~ 19 : 00
		夜勤	18 : 00 ~ 翌8 : 00
	看護職員	早番	7 : 00 ~ 16 : 00
		日勤	8 : 30 ~ 17 : 30
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :