

< 特定施設入居者生活介護 >

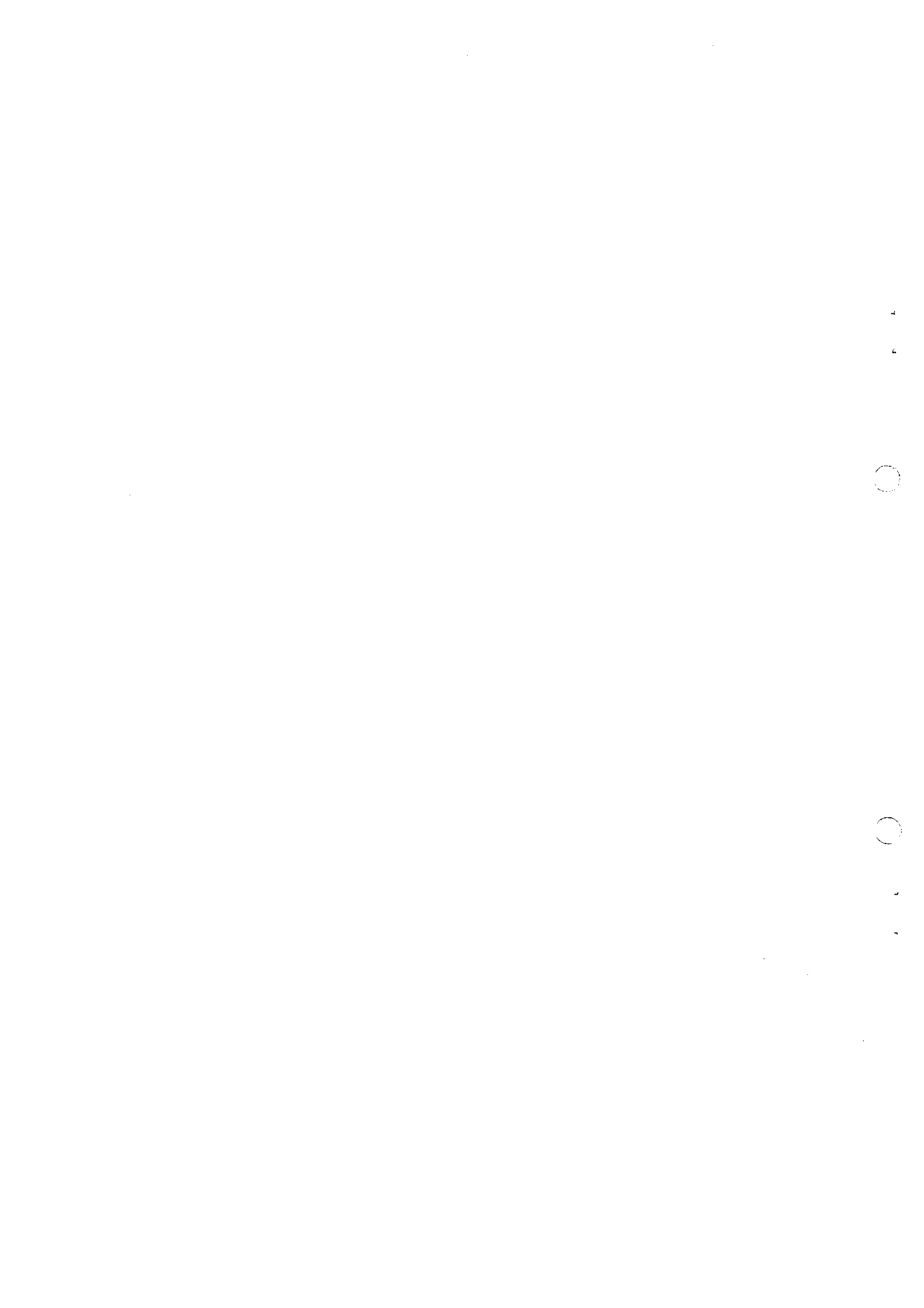
< 介護予防特定施設入居者生活介護 >

< 短期利用特定施設入居者生活介護 >

重要事項説明書

シニアホーム 武甲の郷

(介護付有料老人ホーム)



有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日	平成27年08月01日
記入者名	加藤真一郎	所属・職名	管理者

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	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 営利法人
	(ふりがな) 名称	ゆうげんがいしゃ 有限会社	かざはら 風原
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒 368-0034	埼玉県秩父市日野田町2-14-5	
事業主体の連絡先	電話番号	0494-27-8181	
	FAX番号	0494-25-0556	
	ホームページ アドレス	なし <input checked="" type="checkbox"/>	http://www.mycaregarden.jp/bukounosato
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	加藤 智	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成17年 7月 26日		

事業主体が当該都道府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	<input checked="" type="checkbox"/>	藤の花	秩父市日野田町2-14-5
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	デｲﾝｽﾞｽﾃｯｼﾞ 藤の花	秩父市日野田町2-14-5
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	ｼﾞｬｰﾎｰﾑ 武甲の郷	秩父市日野田町2-14-5
短期入所療養介護	なし		
短期利用特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	ｼﾞｬｰﾎｰﾑ 武甲の郷	秩父市日野田町2-14-5
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	ｼﾞｬｰﾎｰﾑ 武甲の郷	秩父市日野田町2-14-5

福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型サービス>			
夜間対応型訪問介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	なし		
居宅介護支援	あり	藤の花	秩父市日野田町2-14-5
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	藤の花	秩父市日野田町2-14-5
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所介護	あり	デイサービス 藤の花	秩父市日野田町2-14-5
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	シニアホーム武甲の郷	秩父市日野田町2-14-5
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	シニアホーム武甲の郷	秩父市日野田町2-14-5
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
(ふりがな) 事業所等の名称	(しにあほーむ ぶこうのさと) シニアホーム 武甲の郷	
事業所等の所在地	〒 368-0034 埼玉県秩父市日野田町2-14-5	
事業所等の連絡先	電話番号	0494-27-8181
	FAX番号	0494-25-0556
	ホームページ アドレス	なし <input type="checkbox"/> あり http://www.mycaregarden.jp/bukounosato
施設の開設年月日		平成19年4月1日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	加藤真一郎
	職名	管理者
施設までの主な利用交通手段		
<ul style="list-style-type: none"> ・西武秩父線「西武秩父駅」より約800m、徒歩 約12分 ・秩父線「お花畑駅」より約1,000m、徒歩 約15分 		
施設の類型及び表示事項		
類型	介護付有料老人ホーム（一般型）	
居住の権利形態	利用権方式（終身）	
入居時の要件	入居時 要支援、要介護	
介護居室区分	全室個室	
介護保険	埼玉県指定介護保険 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 短期利用型特定施設入居者生活介護	
介護に関わる職員体制	3：1以上	
介護保険事業者番号	埼玉県1174900645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、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	平成19年4月1日	
指定の年月日	平成19年4月1日	
指定の更新年月日	平成25年4月1日	

3. 従業員に関する事項

職種別の従業員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	常勤換算人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
管理者	0	1	0	0	1	0.5
生活相談員	1	0	0	0	1	1.0
看護職員	0	2	0	3	5	2.1
介護職員	10	0	0	5	15	12.0
機能訓練指導員(看護職員兼務)	0	2	0	3	5	0.1
計画作成担当者(管理者兼務)	0	1	0	0	1	0.5
栄養士	0	0	0	0	0	0.0
調理員	0	0	0	0	0	0.0
事務員	0	2	0	1	3	2.1
その他従業員	0	0	0	0	0	0.0
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数						40時間
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。						
従業員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	0	0	0	0		
介護福祉士	6	0	0	0	2	
介護職員実務者研修	0	0	0	0	1	
介護職員初任者研修他	2	0	0	0	2	
介護支援専門員	0	0	0	0	0	
従業員である機能訓練指導員が有している資格（看護職員が兼務）						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
理学療法士	0	0	0	0	0	
作業療法士	0	0	0	0	0	
言語聴覚士	0	0	0	0	0	
看護師及び准看護師	0	2	0	0	3	
柔道整復士	0	0	0	0	0	

	あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0	0	
夜勤を行う看護職員及び 介護職員の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）					2	
	平均時の人数					2	
特定施設入居者生活介護及び介護予防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	0	0	0	1	1.0
	看護職員	0	2	0	3	5	2.1
	介護職員	10	0	0	5	15	12.0
	機能訓練指導員(看護職員兼務)	0	2	0	3	5	0.1
	計画作成担当者(管理者兼務)	0	1	0	0	1	0.5
	その他従業者	0	0	0	0	0	0.0
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	専 従	非専従		
	社会福祉士	0	0	0	0		0
	介護福祉士	6	0	0	0		2
	介護職員実務者研修	0	0	0	0		1
	介護職員初任者研修他	2	0	0	0		2
	介護支援専門員	0	0	0	0		0
従業者である機能訓練指導員が有している資格（看護職員が兼務）							
延べ人数		常 勤		非常勤		専 従	非専従
		専 従	非専従	専 従	非専従		
	理学療法士	0	0	0	0		0
	作業療法士	0	0	0	0		0
	言語聴覚士	0	0	0	0		0
	看護師及び准看護師	0	2	0	0		2
	柔道整復士	0	0	0	0		0
	あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0		0
管理者の他の職務との兼務の有無						なし	あり

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 社会福祉士・介護支援専門員			
特定施設入居者生活介護等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 以上	
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	0	2	2	1	0	0
前年度1年間の退職者数	1	0	3	0	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	1	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	1	2	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	3	1	1	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	4	2	0	0
10年以上の者の人数	2	3	1	0	0	0
	機能訓練指導員 (看護職員の内数)		計画作成担当者			
	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	0	2	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	1	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	1	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	0	0	0	0
10年以上の者の人数	2	3	0	0	0	0
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>入居者ひとりひとりの個性と威厳を尊重し、穏やかで心身ともに充実・安定した生活を営めるようスタッフ全員で努める。また安心・安全な介護サービスを提供することにより、シニアホームの快適で良好な生活環境を最大限確保する。管理規程の遵守、サービス体制の確立を通じ、さらなる情報公開と要望・意見・苦情処理等に対して迅速に対応していく。</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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
サービス提供体制強化加算〈1〉ロ（介護報酬の加算）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
看取り介護加算（介護報酬の加算）	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
介護職員処遇改善加算〈1〉（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	近藤医院（内科・婦人科）、城谷医院（泌尿器科） 水野医院（内科）	
（協力の内容）	入居者の診療及び健康管理と相談・指導、他医療機関への紹介	
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	その名称 倉林歯科クリニック
（協力の内容）	入居者の診療及び口腔管理と指導	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
・各専用居室		
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
判断基準・手続について		
<p>（その内容） 身体状況の変化等により、スタッフルームから近い居室への移動が必要であると施設側が認めるとき（この場合は、空室がある場合に限ります。） ① 事業者指定の医師に訊く ② 緊急やむをえない場合を除いて、一定の観察期間を設ける ③ 身元引受人の意見を聴く ④ 入居者の同意を得る 以上の手続を経て、居室の移動を行う。 上記の場合、住み替え前の居室の原状回復を条件とさせていただきます。</p>		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

居室利用権の取扱い	
(その内容) 住み替え前の居室の利用権を本人の同意を得て移動させ、新たな居室の利用権を設定します。	
入居一時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
台所の有無	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	<p>入居前の健康診断の結果等により、次の方はご入居をお断りすることがあります。</p> <p>① 常時医療的処置を要する方 ② 伝染病・感染症の方 ③ 暴力行為その他共同生活に支障をきたす方</p>
契約の終了の内容	<p>以下の場合には、本契約は終了するものとします。</p> <p>①入居者が死亡したとき ②事業者が（契約解除に基づき）解除を通告し、予告期間が満了したとき ③入居者が（入居者からの）解約に基づき解約をおこなったとき</p>
契約の解除の内容	<p>以下の場合には、90日の猶予期間において、契約を解除することがあります。</p> <p>① 入居契約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 ② 管理費その他の費用の支払いをしばしば遅滞するとき ③ 建物、付属設備または敷地を故意または重大な過失により汚損、破損または滅失したとき ④ 行動が他の入居者の生活または健康に重大な影響を及ぼすとき（認知症の場合、特定の病因等に基づくものであると診断され、医療機関において通院、入院による治療を受けている場合は、この限りではありません。）</p> <p>入居者の方が契約を解除しようというときは、30日以上予告期間が必要です。</p>

体験入居の内容	1泊2日から6泊7日までの期間内					
入居定員	34名					
その他						
入居者の状況						
入居者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	0	1	1	0	0	2
75歳以上85歳未満	1	2	0	2	0	5
85歳以上	5	1	4	3	2	15
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満	—	0	0	—		0
65歳以上75歳未満	—	0	0	—		0
75歳以上85歳未満	—	1	0	—		1
85歳以上	—	1	4	—		5
入居者の平均年齢	86歳					
入居者の男女別人数	男性	7		女性	21	
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）						82.35%
前年度の有料老人ホームを退去した者の人数						18
	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	0	1	0	0	0	1
社会福祉施設	0	0	0	0	0	0
医療機関	0	0	0	0	0	0
死亡者	1	1	4	1	2	10
その他	3	4	0	1	0	8
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等	—	0	0	—		0
社会福祉施設	—	0	0	—		0
医療機関	—	0	0	—		0
死亡者	—	1	1	—		2
その他	—	0	0	—		0

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	3	2	17	6	0	0
施設、設備等の状況						
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			m ²
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²
	介護居室個室	あり	なし	34室	34名	15.45~18.0m ²
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²
	一時介護室	あり	なし			m ²
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数			6ヶ所		
	うち車椅子等の対応が可能な数			2ヶ所		
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合			53%		
	うち車椅子等の対応が可能な数			18ヶ所		
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		2 (共用施設)	1 (共用施設)	1 (共用施設)		
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	二階、三階に夫々食堂兼機能訓練室を設置					
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) 機能訓練室（食堂兼用）、健康管理室兼相談室、洗濯・乾燥室、多目的ルーム、理・美容コーナー				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 浴室、廊下、階段等の壁側に手すりを設置。車椅子での移動可能。 居室、共同施設、廊下の段差はありません。						
緊急通報装置の設置状況			なし	一部あり	各居室内にあり	
外線電話回線の設置状況			なし	一部あり	各居室内にあり	
テレビ回線の設置状況			なし	一部あり	各居室内にあり	
施設の敷地に関する事項						

敷地の面積		1, 153. 26㎡			
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	H18. 7. 1	終
					H38. 6. 30
		契約の自動更新		なし	あり
施設の建物に関する事項					
建物の延床面積		1, 819. 79㎡			
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	H18. 7. 1	終
					H38. 6. 30
		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する窓口					
窓口の名称	<シニアホーム 武甲の郷 お客様相談係>				
電話番号	0494-27-8181				
対応している時間	平日	8:30~17:30			
	土曜	8:30~17:30			
	日曜・祝日	8:30~17:30			
定休日等	なし				
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等					
窓口の名称	秩父市高齢者介護課				
電話番号	0494-25-5205（高齢者介護課直通）				
対応している時間	平日	8:30~17:00			
	土曜				
定休日等	土曜・日曜・祝日				
窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会				
電話番号	048-824-2568（苦情相談専用）				
対応している時間	平日	8:30~17:00			
	土曜				
定休日等	土曜・日曜・祝日				

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			
損害賠償責任保険の加入状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 賠償責任保険「介護保険・社会福祉事業者総合保険」等	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 入居者の生命・身体・財産等に損害が発生した場合は、損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。 ただし、天災等の不可抗力は除きます。	
介護サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 利用者が安心して過ごせる様々な介護設備と、常に清潔に保たれた生活環境を整備することは勿論のこと、利用者本人の意向に沿った安全なサービスを24時間体制で提供いたします。特に食についても新鮮で安心・安全な食材の提供に努めるとともに生活全般に亘り季節感を体感できるよう配慮していきます。			
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	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成19年4月1日 意見箱設置(通年設置) 平成26年9月 お客様満足度調査 平成27年3月(毎年実施) 食事に関する調査
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="checkbox"/> 運営総談会(年2回) 資料配布・議事録
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		なし	あり
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの）		なし	あり
名称			
		最低の額	最高の額
		円	円
人の入居の場合		円	戸
一時金の償却に関する事項			
償却開始		入居をした月	なし
		上記以外（その内容）	
初期償却率（%）			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況		なし	あり
		（その内容）	
②利用者の選定による介護サービス利用料（人員配置が手厚い場合の介護サービス）		なし	あり
（「あり」の場合、その内容及び利用料）			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
		なし	あり
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始		入居をした月	なし
		サービス提供を開始した月	なし
		上記以外	（その内容）
初期償却率（%）			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況		なし	あり
		（その内容）	
③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		なし	あり
（「あり」の場合、その内容及び利用料）			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始		入居をした月	なし
		あり	あり

		サービス提供を開始した月	なし	あり
		上記以外	(その内容)	
	初期償却 (%)			
	償却年月数			
	解約時返還金の算定方法			
	保全措置の実施状況			
		なし	あり	(「あり」の場合、その内容)
④その他に要する一時金			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)				
	名称			
	解約時返還金の算定方法			
	保全措置の実施状況			
		なし	あり	(「あり」の場合、その内容)
一時金に対する留意事項等				
		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	(「あり」の場合、その内容)
介護保険給付以外のサービスに要する費用				
月額の場合の利用料の額		155,050円		
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	26,500円	
(「あり」の場合、その用途) 施設等運営・維持管理費、事務費、他管理部門にかかる人件費等				
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	53,550円	
(「あり」の場合、その内容) 食材料費、食堂運営管理費等				
光熱水費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	15,000円	
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料				
人員配置が手厚い場合の介護サービス			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)				
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠				
			なし	あり
個別的な選択による介護サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 施設の「介護サービス等の一覧表」をご参照ください。				
家賃相当額	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	60,000円	

その他に必要な月額利用料	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
（「あり」の場合、その内容及び利用料） 介護用品費又は日用品費は別途実費を負担していただきます。		
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
（「あり」の場合、その内容及び利用料） 別途「介護サービス等の一覧表」の内容による実費徴収分が入居者様負担となります。		

6. その他

埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	（「あり」の場合、その内容）

- 添付書類：
1. 別添 「追加利用についての確認書」
 2. 別添② 「介護保険に係る利用料」
 3. 別添②-2 「介護保険に係る利用料」
 4. 別添③ 「入居者が重度化した場合における対応指針」
 5. 別表Ⅷ 「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日：平成 年 月 日

シニアホーム武甲の郷 印
埼玉県秩父市日野田町2-14-5

説明者署名 _____ 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

<入居者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

追加利用についての確認書

武甲の郷では、ご入居者様に毎日気持ちよく快適な環境でお過ごし頂けますよう、職員一同日々サービスの向上に心掛け、下記サービスを実施しております。

- ①入浴・・・現在週2回、定期的に入浴。
- ②洗濯・・・現在週2回、入浴後に実施。洗面所のタオルは毎日交換。
- ③掃除・・・居室の掃除は、週2回実施。
- ④シーツ交換・・・週1回、定期的に交換。
- ⑤散髪・・・本人または家族の希望にて散髪。
- ⑥クリーニング・・・ウール製品、ドライ等、洗濯機使用不可の物は業者依頼。

☆ 上記に関し都合により、汚染等あった場合は追加にて入浴、洗濯、シーツ交換、掃除を行う事があります。

☆ 散髪は本人確認し、髪が長く支障のある場合は散髪いたします。

上記基準のサービスに対し、追加サービスを希望するかお伺いいたします。

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| ①入浴について | (一般1080円/回) | はい・いいえ |
| | (特浴2160円/回) | |
| ②洗濯について | (540円/回2kg) | はい・いいえ |
| ③掃除について | (540円/回15分) | はい・いいえ |
| ④シーツ交換について | (1080円/回) | はい・いいえ |
| ⑤散髪について | (実費) | はい・いいえ |
| ⑥クリーニングについて | (実費) | はい・いいえ |

※金額については、税込み金額です。

平成 年 月 日

入居者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

•
•

○

○

•
•

別 添②

<介護保険に係る利用料>

介護保険負担割合 1割・()内 介護保険負担割合 2割

月額：30日換算

要介護度	特定施設入居者生活介護費		医療機関連携加算 月額	夜間看護体制加算 月額	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 月額	看取り介護加算* 日額	処遇改善加算(Ⅰ) 月額	合計
	日額	月額						月額
要支援 1	179円	5,370円	80円	—	360円	—	354円	6,164円 (12,328円)
要支援 2	308円	9,240円	80円	—	360円	—	590円	10,270円 (20,540円)
要介護 1	533円	15,990円	80円	300円	360円	*	1,021円	17,751円 (35,502円)
要介護 2	597円	17,910円	80円	300円	360円	*	1,138円	19,788円 (39,576円)
要介護 3	666円	19,980円	80円	300円	360円	*	1,264円	21,984円 (43,968円)
要介護 4	730円	21,900円	80円	300円	360円	*	1,381円	24,021円 (48,042円)
要介護 5	798円	23,940円	80円	300円	360円	*	1,505円	26,185円 (52,370円)

*看取り介護加算について(1日につき)

死亡日以前4日以上30日以下	死亡日以前2日又は3日	死亡日当日
144円 (288円)	680円 (1,360円)	1,280円 (2,560円)

※利用時支払額を3割とする措置を受けている場合は、当該措置が優先されます。

※行事参加費、理美容代、おむつ代、医療費等は別途実費をご請求させていただきます。
(実費分に関しては、介護サービス等の一覧表をご確認してください。)

説明年月日： 平成 年 月 日

事業所名： シニアホーム武甲の郷 印

所在地： 埼玉県秩父市日野田町2-14-5

説明者署名 _____ 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

入居者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

•
•

○

○

•
•

<介護保険に係る利用料>

短期利用特定施設入居者生活介護

1. 介護保険利用料：介護保険負担割合 1 割・()内介護保険負担割合 2 割 月額：30 日換算

要介護度	特定施設入居者生活介護費		夜間看護体制加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)口	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	合計
	日 額	月 額	月 額	月 額	月 額	月 額
要介護 1	533 円	15,990 円	300 円	360 円	1,016 円	17,666 円 (35,332 円)
要介護 2	597 円	17,910 円	300 円	360 円	1,133 円	19,703 円 (39,406 円)
要介護 3	666 円	19,980 円	300 円	360 円	1,259 円	21,899 円 (43,798 円)
要介護 4	730 円	21,900 円	300 円	360 円	1,376 円	23,936 円 (47,872 円)
要介護 5	798 円	23,940 円	300 円	360 円	1,501 円	26,101 円 (52,202 円)

※利用時支払額を 3 割とする措置を受けている場合は、当該措置が優先されます。

2. 自己負担費用 月額：30 日換算

項目	日 額	月 額	項目	日 額	月 額
食 費	1,785 円	53,550 円	水光熱費	500 円	15,000 円
居住費	2,000 円	60,000 円	管 理 費	883 円	26,500 円

3. その他

有 料 サービス等	行事参加費、理美容代、おむつ代、医療費等は別途実費を請求いたします。 追加サービス・有料サービスの利用料に関しては、介護サービス等の一覧表をご確認ください。利用されたサービスにつき、表記の料金を徴収いたします。
-----------	--

<利用期間>

介護保険法令に定める所定の要件を満たす場合において、30 日を上限とし、当該施設空室に短期間入居させるものとする。

利用開始日 平成 年 月 日 利用終了日 平成 年 月 日

(利用日数 日)

説明年月日：平成 年 月 日

事業所名：シニアホーム武甲の郷 印

所在地：埼玉県秩父市日野田町 2-14-5

説明者署名 _____ 印

上記内容の説明を受け、了承したうえで利用いたします。

平成 年 月 日

入 居 者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

入居者が重度化した場合における対応指針

1.目的

シニアホーム武甲の郷の入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、なじみの関係や環境での生活を維持し、そして本人が望む場所で最期まで暮らしていくことができるようケアを行うと共に、医療関係者・家族等と協力していくことを目的とする。

2.重度化した状態・終末期の判断（主治医の判断を基本とする）

- ①老衰 ②多様な疾患（慢性疾患等）の重症化 ③骨折等による身体機能（ADL）の著しい低下
- ④認知症状をはじめとした精神疾患の重症化 ⑤がんの終末期 等

3.重度化に対する基本姿勢

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛がなく本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、シニアホーム武甲の郷での生活が継続できるように、最大限の対応を行う。

重度化・終末期にあたっては、介護方法、治療等について本人ならびに家族の意向を最大限に配慮し、対応入居者（利用者）や家族と事業者との間で話し合いを行い、個別介護サービス計画書（以下、ケアプラン）等で相互に同意された内容について確認をとりながら、多職種協働により入居者への継続的支援を行う。

(1)個人を尊重したケアを行う

環境の変化の影響を受けやすい入居者が、「その人らしい」生活を送ることができるよう、尊厳ある生活を保ち、「生活の質」が最高のものとして実現できるケアに努める。

(2)住み慣れた生活環境での生活を支援する

できる限りシニアホーム武甲の郷での生活が継続できるよう、日常的な健康管理に留意し、万が一医療的ニーズが発生した場合には、適切な対応がとれるよう医療機関との連携を図る。

(3)重度化・終末期に伴うケアプランの作成

重度化し終末期を迎えても「その人らしい」生活を送ることができるように、生活支援ニーズの変化に応じてケアプランを作成し、入居者・家族の希望に沿った生活支援の目標を定める。また、状態の重度化や看取りにあたっては随時ケアプランを見直す。

(4)ケアプランに沿ったケアの実施

入居者・家族と共に作成したケアプランに基づき、一人ひとりの心身の状態に応じた、適切なケアの提供に努める。

4.重度化対応と連携

(1)主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な介護・看護を行いながら、時に入院先の医療機関とも連携していく。

(2)地域の多様なサービスとの連携

入居者が重度化・終末期を迎えていく過程の上では、状態に沿った適切なケアや緩和ケアが必

須であり、地域の薬剤師（調剤薬局）・歯科医師・栄養士等、多様な専門職との連携を行い対応する。（居宅療養管理指導や訪問診療等の利用を検討する）

(3)健康管理の実施

入居者の日常的な健康管理のため、事業所が配置する看護職員が、週に2回以上、または必要に応じ入居者の健康確認を行う。

(4)夜間（24時間）の対応

通常時並びに入居者の状態悪化時においては、看護職員が24時間オンコール体制の下で、入居者の主治医（医療機関）との連絡・調整を行う。

(5)緊急時の対応

入居者の健康状態が悪化もしくは急変した場合には、事業所は、主治医並びに看護職員の指示・対応に基づき、入居者に対し出来る限りの処置等、必要な対応を行う。

生命の危機に瀕する場合や濃厚な医療処置が必要な場合には、その状況に応じ、速やかに緊急搬送の要請を行う。

※緊急時の対応は別紙「緊急時対応マニュアル」によるものとする。

(6)必要な情報提供

入居者・家族が別に希望する医師・医療機関等があり、本人・家族が受診等を行う場合には、上記の医師ならびに医療機関に対し、必要な情報提供等を行うなど連携を図る。

5.職員教育・協力関係

重度化ケアが充実するよう、利用者の重度化に対応するための介護技術、専門知識の習得を目的とし、介護の質の向上を目指し職員教育・研修に努めていく。また、入居者・家族等の意向を重視した密な連携をもつことができるように努力する。

説明年月日： 平成 年 月 日

事業所名： シニアホーム武甲の郷 印

所在地： 埼玉県秩父市日野田町2-14-5

説明者署名 _____ 印

上記、有限会社風原 シニアホーム武甲の郷が定める『入居者が重度化した場合における対応指針』の説明を受け、同指針の内容を理解し、同意いたします。

平成 年 月 日

入居者 _____ 印

身元引受人 _____ 印

＜介護サービス等の一覧表＞

シニアホーム武甲の郷

- この一覧表は、当施設での一般的なサービス提供を示します。
- それぞれの入居者の状態（医師の診断書等を参考）に応じて、計画作成担当者と入居者及びご家族と確認の上、必要なサービスを提供します。
- それぞれの入居者のサービスの内容に関して、負担される利用料金及び支払い方法等は、書面にて説明し同意を得てから、サービスの提供を行います。
- それぞれの入居者の状態が変わった場合や要支援、要介護状態が変更になった場合は、サービスの見直しを行い、入居者及びご家族に変更内容を書面にて説明し、同意を得た上でサービス提供を行います。

1. 介護の状態・程度について

介護状態(ADL)	要支援1, 2 (軽度)	要介護1, 2 (中度)	要介護3～5 (重度)
歩 行	自力歩行が可能	歩行が不自由	歩行が不可能
食 事	自力で可能	一部介助	全面介助
排 泄	自力で可能	介助があればトイレでできる ポータブルで可能	全面介助 (常時おむつを使用)
入 浴	自力で可能 見守り又は一部介助	入浴時介助が必要	全面介助 (特殊浴槽を利用)
衣類の着脱	自力で可能	介助をすればできる	全面介助
介護の場所	一般居室	一般居室	一般居室

※ 上記の介護状態・程度は、一般的な目安であり、それぞれの利用者に対し、介護認定等の結果と違う場合があります。

別表Ⅷ－２①

2. 提供する介護サービスの内容

(税込み)

介護度・状態	要支援1, 2 (軽度)		要介護1, 2 (中度)		要介護3～5 (重度)	
	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス

●巡回サービス

昼間 09:00～18:00	2時間おき		2時間おき		2時間おき	
夜間 18:00～09:00	2時間おき		2時間おき		2時間おき	
緊急時対応	24時間対応		24時間対応		24時間対応	
ナースコール	24時間対応		24時間対応		24時間対応	

●食事関連

食堂の 配膳・下膳	食事毎 配膳・下膳の実施		食事毎 配膳・下膳の実施		食事毎 配膳・下膳の実施	
居室への 配膳・下膳	体調不良等 希望により実施		体調不良等 希望により実施		体調不良等 希望により実施	
行事及びイベ ントによる特 別食		各種行事等、特別 食を提供の場合 普通食の差額分		各種行事等、特別 食を提供の場合 普通食の差額分		各種行事等、特別 食を提供の場合 普通食の差額分
特別食の提供		治療食を提供し た場合実費負担		治療食を提供し た場合実費負担		治療食を提供し た場合実費負担
食事介助	必要に応じ実施 ・見守り ・一部介助		必要に応じ実施 ・一部介助 ・全面介助		必要に応じ実施 ・一部介助 ・全面介助	

●排泄関連

排泄介助 おむつ交換	必要に応じ実施 ・見守り ・一部介助		必要に応じ実施 ・一部介助 ・全面介助		必要に応じ実施 ・一部介助 ・全面介助	
おむつ代		必要時実費負担		必要時実費負担		必要時実費負担

●入浴関連

清拭 一般浴槽介助 特殊浴槽介助	入浴可能な場合、 入浴または清拭 を週に2回まで ・見守り ・一部介助	週2回を超えて 入浴希望の場合 入浴(1回30分) 1,080円	入浴可能な場合、 入浴または清拭 を週に2回まで ・見守り ・一部介助 ・全面介助	週2回を超えて 入浴希望の場合 入浴(1回30分) 1,080円 特殊浴槽使用 2,160円	入浴可能な場合、 入浴または清拭 を週に2回まで ・一部介助 ・全面介助	週2回を超えて 入浴希望の場合 入浴(1回30分) 1,080円 特殊浴槽使用 2,160円
------------------------	---	---	--	---	--	---

●清潔保持

身体清拭	必要に応じ実施		必要に応じ実施		必要に応じ実施	
洗髪	入浴時に実施		入浴時に実施		入浴時に実施	
髭剃り	必要な方に実施		必要な方に実施		必要な方に実施	
口腔等の衛生	毎回実施 ・見守り ・一部介助	消耗品は実費負担	毎回実施 ・一部介助 ・全面介助	消耗品は実費負担	毎回実施 ・一部介助 ・全面介助	消耗品は実費負担
理美容		実費負担		実費負担		実費負担

●身辺介護

移動介助	必要な方に実施		必要な方に実施		必要な方に実施	
衣類の着脱	必要な方に実施		必要な方に実施		必要な方に実施	
体位変換	必要な方に実施		必要な方に実施		必要な方に実施	

別表Ⅷ-2②
(税込み)

介護度・状態	要支援1, 2 (軽度)		要介護1, 2 (中度)		要介護3~5 (重度)	
介護サービス内容	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス

●家事援助

居室清掃整理	週2回実施、なお 必要に応じ行う。	本人より希望が ある場合 15分 540円/	週2回実施、なお 必要に応じ行う。	本人より希望が ある場合 15分 540円/	週2回実施、なお 必要に応じ行う。	本人より希望が ある場合 15分 540円/
洗濯サービス	週2回実施	週2回を超える 場合 1回2kg迄 540円 クリーニング使 用は実費負担	週2回実施	週2回を超える 場合 1回2kg迄 540円 クリーニング使 用は実費負担	週2回実施	週2回を超える 場合 1回2kg迄 540円 クリーニング使 用は実費負担
シーツ交換	週1回実施	定期交換以外の 汚染時交換 1回 1,080円/	週1回実施	定期交換以外の 汚染時交換 1回 1,080円/	週1回実施	定期交換以外の 汚染時交換 1回 1,080円
衣類補修	施設で対応可能 時は実施	施設で対応不可 能時は実費	施設で対応可能 時は実施	施設で対応不可 能時は実費	施設で対応可能 時は実施	施設で対応不可 能時は実費
その他	日常点検		日常点検		日常点検	

●医療関係

医療費		医療保険対象		医療保険対象		医療保険対象
医師の往診		医療保険対象		医療保険対象		医療保険対象
通院介助	協力医療機関は 必要に応じ付添	協力医療機関以 外は1時間につき 2,160円	協力医療機関は 必要に応じ付添	協力医療機関以 外は1時間につき 2,160円	協力医療機関は 必要に応じ付添	協力医療機関以 外は1時間につき 2,160円
入退院時の 同行	協力医療機関は 必要に応じ同行	協力医療機関以 外は1回につき 5,400円	協力医療機関は 必要に応じ同行	協力医療機関以 外は1回につき 5,400円	協力医療機関は 必要に応じ同行	協力医療機関以 外は1回につき 5,400円
入院中の洗濯		洗濯物交換は 1回につき 2,160円		洗濯物交換は 1回につき 2,160円		洗濯物交換は 1回につき 2,160円
入院中の買物		1時間につき 1,080円		1時間につき 1,080円		1時間につき 1,080円
入院中の 見舞い訪問	2週間に1回実施		2週間に1回実施		2週間に1回実施	

●代行業務

役所手続き	介護保険関係 必要に応じ対応	左記以外の場合 1時間 1,080円 利用者付添 1時間 2,160円	介護保険関係 必要に応じ対応	左記以外の場合 1時間 1,080円 利用者付添 1時間 2,160円	介護保険関係 必要に応じ対応	左記以外の場合 1時間 1,080円 利用者付添 1時間 2,160円
所定店舗 買物	施設が提示する 予定日	所定店舗以外及 び予定日以外で 希望した場合 1時間 1,080円 利用者付添 1時間 2,160円	施設が提示する 予定日	所定店舗以外及 び予定日以外で 希望した場合 1時間 1,080円 利用者付添 1時間 2,160円	施設が提示する 予定日	所定店舗以外及 び予定日以外で 希望した場合 1時間 1,080円 利用者付添 1時間 2,160円

(税込み)

介護度・状態 介護サービス 内容	要支援1, 2 (軽度)		要介護1, 2 (中度)		要介護3～5 (重度)	
	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス	月額利用料 保険給付対象に 含まれるサービス	別途利用料徴収 を行うサービス

●療養上の世話

与薬管理	服薬時毎に対応		服薬時毎に対応		服薬時毎に対応	
対応食相談	常時相談可能		常時相談可能		常時相談可能	
栄養相談	常時相談可能		常時相談可能		常時相談可能	
栄養管理	常時対応		常時対応		常時対応	
バイタルチェック	毎日・入浴時対応 必要に応じ看護 巡回時		毎日・入浴時対応 必要に応じ看護 巡回時		毎日・入浴時対応 必要に応じ看護 巡回時	

●健康管理

定期健康診断	年2回実施	2回目は実費負担	年2回実施	2回目は実費負担	年2回実施	2回目は実費負担
健康相談	常時相談可能		常時相談可能		常時相談可能	
生活指導	常時対応		常時対応		常時対応	
その他						
機能訓練	週2回程度		週2回程度		週2回程度	
レクリエーション	日課により実施		日課により実施		日課により実施	
施設外活動	必要に応じ対応		必要に応じ対応		必要に応じ対応	

3. 施設内販売品及び価格

(税込み)

品名	数量	価格	備考
尿とりパッド300ふっくらフィット	1パック (30枚)	435円	
ワイドパッド500プラス	1パック (30枚)	787円	
ワイドパッド1000	1パック (30枚)	1,367円	
におわないのは良いパンツスーパーS	1パック (22枚)	1,792円	
におわないのは良いパンツスーパーM	1パック (20枚)	1,792円	
におわないのは良いパンツスーパーL	1パック (18枚)	1,792円	
テープ止めタイプS	1パック (32枚)	2,868円	
テープ止めタイプM	1パック (30枚)	2,937円	
テープ止めタイプL	1パック (26枚)	2,904円	
フラット75レギュラー	1パック (30枚)	1,691円	