

第4号様式(第7条関係)

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 平成27年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社ソノラス
代表者名	代表取締役社長 廣江 明
所在地	〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目14番7号 京橋中央ビル8階
電話番号	TEL 03-6228-7968
ホームページアドレス	http://www.sonorous.co.jp
資本金(基本財産)	資本金 : 1億円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	清水建設㈱ 1億円
設立年月日	昭和60年12月18日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)1,202.4百万円 (費用)1,853.6百万円 (損益)△651.1百万円
主要取引金融機関	みずほ銀行
会計監査人との契約	無・有( )
他の主な事業	介護付有料老人ホームの経営・介護保険法による居宅介護サービス事業

※1 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※2 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	ソノラス・コート茅ヶ崎	
施設の類型及び表示事項	類型	① 介護付 ( <input checked="" type="checkbox"/> 一般型 ) ・外部サービス利用型 2 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	① 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	① 神奈川県指定介護保険特定施設 (番号 第1472400215、指定年月日 平成12年1月4日) 神奈川県指定介護保険介護予防特定施設 (番号 第1472400215、指定年月日 平成18年4月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 混合型 ) ・混合型(外部サービス利用型) ・地域密着型・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防 ) ・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	① 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり(個室~2人部屋)

	介護に関わる職員体制	1.5 : 1 以上 要介護認定を受けている方に対して、現在及び将来にわたって要介護認定（要支援・要介護）を受けた入居者（以下「要介護者等」といいます。）1.5人に対して職員1人以上の割合(年度ごとの平均値)で介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護サービスの職員配置基準(3:1以上)を上回る手厚い体制であり、保険外に別途費用を受領できるとされています。なお、職員配置基準は、非常勤職員を常勤職員に換算する方式で行います。また、常時要介護者等1.5人に職員1人がお世話するものではありません。																					
	提携ホームの利用等	① 提携ホーム利用可(重度の要介護状態となった場合は、契約書に基づいてソノラス・コート油壺のヘルスケア・センターの介護居室に住み替えとなります。住み替えに伴う追加費用はありません(詳細は「5介護を行う場所等」に記載)。 2 提携ホーム移行型																					
開設年月日	昭和63年7月25日																						
施設の管理者氏名	上山 貴																						
所在地	〒253-0033 神奈川県茅ヶ崎市汐見台3番28号																						
電話番号	TEL 0467-87-9000																						
交通の便 ※3	JR辻堂駅より「辻堂西海岸行」バスで「辻堂西海岸」下車、徒歩約260m																						
ホームページアドレス	<a href="http://www.sonorous.co.jp/chigasaki">http://www.sonorous.co.jp/chigasaki</a>																						
敷地概要 ※4	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 所有 ・ <input type="checkbox"/> 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～ 年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積 2,552.83㎡																						
建物概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 所有 ・ <input type="checkbox"/> 借家 (借家の場合の契約形態) 通常借家契約・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 年 月 日～ 年 月 日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) 無・有 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地下 1階 地上 5階建 塔屋 1階建 ( <input checked="" type="checkbox"/> 耐火)・ <input type="checkbox"/> 準耐火・その他) 延床面積 5,101.33㎡ (うち有料老人ホーム 5,101.33㎡) 建築年月日 昭和63年7月19日建築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (共同住宅)																						
居室、一時介護室の概要	居室総数 51室 定員 70人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" data-bbox="555 1843 1337 2098"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>51室</td> <td>37.69㎡～77.03㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>51室</td> <td>37.69㎡～77.03㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>1人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～㎡</td> </tr> <tr> <td>一時介護室</td> <td>個室</td> <td>5室</td> <td>15.23㎡～18.72㎡</td> </tr> </tbody> </table>			居室定員	室数	面積	居室	個室	51室	37.69㎡～77.03㎡	うち2人定員	51室	37.69㎡～77.03㎡	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡	1人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡	一時介護室	個室	5室	15.23㎡～18.72㎡
	居室定員	室数	面積																				
居室	個室	51室	37.69㎡～77.03㎡																				
	うち2人定員	51室	37.69㎡～77.03㎡																				
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																				
	1人部屋(相部屋)	室	㎡～㎡																				
一時介護室	個室	5室	15.23㎡～18.72㎡																				

		2人部屋 (相部屋)	1室	18.72m <sup>2</sup>
		1人部屋 (相部屋)	室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	共同生活室 (ユニットケアの場合)	設置階	2階	( 25.50 m <sup>2</sup> )
	食堂	設置階	1階	( 129 m <sup>2</sup> )
	浴室 (一般浴槽)	設置階	なし	( m <sup>2</sup> )
	浴室 (特別浴槽)	設置階	2階	( 15.50 m <sup>2</sup> )
	便所	設置箇所	各居室、地下、1、2階に共用	
	洗面設備	設置箇所	各居室、2階に共用	
	医務室 (健康管理室)	設置階	2階	( 51.50 m <sup>2</sup> )
	談話室	設置階	階	( m <sup>2</sup> )
	応接室/面談室	設置階	1階	( 22.60 m <sup>2</sup> )
	事務室	設置階	1階	
	宿直室	設置階	1階、2階	
	洗濯室	設置階	地下、2階	( 計10.0 m <sup>2</sup> )
	汚物処理室	設置階	2階	
	看護・介護職員室	設置階	2階	
	機能訓練室	設置階	1階	( 69.5 m <sup>2</sup> ) 他の共用施設との兼用 無・有 (多目的室)
	健康・生きがい施設	設置階	プレイルーム 地下 (87.00m <sup>2</sup> ) 和室 地下 (20.50m <sup>2</sup> ) 多目的室 1階 (69.50m <sup>2</sup> )	
	外来者宿泊室	設置階	2階	( 44.50 m <sup>2</sup> )
	エレベーター ※5		2基 (うちストレッチャー搬入可 1基)	
スプリンクラー	設置箇所	全館 (各居室、共用諸室、廊下)		
居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員	(1.36m～ 1.83m)		
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	<p>緊急通報装置等の種類及び設置箇所</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が携行する無線コール、各居室 (浴室、トイレ等) に緊急用押しボタン及び赤外線利用のリズムセンサー設置</li> <li>・居室内と会話可能なインターホン・内線電話設置</li> </ul> <p>安否確認の方法・頻度等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当日一定時刻に一度も見かけなかった場合は、居室への電話により確認。</li> <li>・要介護者等には状態や必要性に応じ適時 (居室訪問等による) 安否確認。</li> </ul>			
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	—			
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	ソノラス・コート油壺 (神奈川県三浦市尾上町18番) 重度の要介護状態になった場合に住み替える。			

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合 (指定居宅介護支援を含む) は、その種類と番号を記載すること。

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	<input checked="" type="checkbox"/> 一時金方式	<input type="checkbox"/> 月払い方式	<input type="checkbox"/> 選択方式
----------	---	--------------------------------	-------------------------------

#### (2) 一時金方式

費用の支払方法 ※9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入居金は入居時一括払い</li> <li>・ 入居契約申込時に100,000円 銀行口座振込み</li> <li>・ 残金は入居日前日までに、銀行口座振込みによる一括払い</li> <li>・ 月払いの利用料は、毎月の請求による月払い</li> <li>・ 口座から毎月27日までに自動引落し</li> </ul>
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (                      円、家賃相当額の                      か月分)
入居一時金 (介護費用の一時金除く)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 法第29条第6項に規定される前払い金</li> <li>2 上記以外の一時金</li> </ul>
想定居住期間又は償却期間	<p>平成25年簡易生命表を基礎として、入居後の各年経過時点での居住継続率を算出。年初または年央居住継続率が50%未満となるまでの期間を基に、4つのプランを設定。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 65～69歳：25年（300月）      3. 75～79歳：16年（192月）</li> <li>2. 70～74歳：20年（240月）      4. 80歳以上：12年（144月）</li> </ul>
算定の基礎（内訳）	<p>入居者が終身にわたって利用する居室（一般居室又は一時介護室）及び共用施設等の家賃相当額及び管理サービス費用の一部</p> <p>1. 家賃相当額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 満65歳以上満70歳未満の方（25年償却） 38,700,000円～115,800,000円</li> <li>② 満70歳以上満75歳未満の方（20年償却） 30,960,000円～92,640,000円</li> <li>③ 満75歳以上満80歳未満の方（16年償却） 24,768,000円～74,112,000円</li> <li>④ 満80歳以上の方（12年償却） 18,576,000円～55,584,000円</li> </ul> <p>※居室タイプ・階数・入居年齢により金額が異なる。 施設の開発費、土地代、建設費、大規模修繕を含む建物・設備等の修繕費、借入利息、租税公課、管理経費等。</p> <p>2. 管理サービス費</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 満65歳以上満70歳未満の方（25年償却） 51,000,000円</li> <li>② 満70歳以上満75歳未満の方（20年償却） 40,800,000円</li> <li>③ 満75歳以上満80歳未満の方（16年償却） 32,640,000円</li> <li>④ 満80歳以上の方（12年償却） 24,480,000円</li> </ul> <p>※入居年齢により金額が異なる。 施設の維持管理業務、設備管理業務、フード業務、清掃業務、フロント業務、セキュリティ業務、植栽・造園業務等に関わる人件費及び業務委託費、共用施設等の光熱用水費、火災保険料等の施設を快適な状態で入居者に提供するための費用。</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電気、給湯、水道、電話代：利用実費</li> <li>・食費：利用喫食数に応じた費用</li> <li>・原状回復費：実費</li> <li>・その他実費：入居前健康診断費他</li> </ul> <p>※解約時の返還金は、居室明け渡し後、90日以内に返還します。          期間：3月 起算日：入居日の翌日</p>						
返還の対象とならない額の有無	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 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金額。 ※ただし、短期解約に該当する場合は返還						
初期償却の開始日	入居日の翌日						
介護費用の一時金	なし						
月額利用料	262,116円～326,916円 (1人入居の場合) 524,232円～653,832円 (2人入居の場合)						
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		基本サービス費	自立支援費	介護費用	食費	光熱用水費	その他
	1人入居	108,000	97,200	—	56,916	実費負担	—
	2人入居	216,000	194,400	—	113,832	実費負担	—
	1人入居 *要介護認定時	108,000	—	162,000	56,916	実費負担	—
	2人入居 *要介護認定時	216,000	—	324,000	113,832	実費負担	—
算定根拠 ※11	家賃相当額	入居金に含みます					
	管理サービス費	入居金に含みます					
	基本サービス費	1人一律 毎月 108,000円 事務費、管理部門・アクティビティ等にかかわる人件費、トランスポートの車両費・ドライバーの人件費、ホームドクターによる健康相談等の当該有料老人ホームとして一般居室及び一時介護室の入居者に提供する基本的なサービスの対価にあつて合理的な積算根拠に基づいて算出。この費用は全ての入居者が支払うものとします。					
	自立支援費	自立時：自立支援費 毎月 97,200円 看護・介護職員の24時間常駐体制維持の為の費用の一部及び要介護認定（要支援・要介護）を受けていない入居者に対して提供する健康管理、健康診断の費用、緊急・臨時又は一時的な入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の支援又は世話、機能訓練及び療養上の世話に要する生活支援サービス等の費用として合理的な積算根拠に基づいて算出。この費用は、要介護認定（要支援・要介護）を受けていない全ての入居者が支払うものとします。					

	介護費用	<p>介護時：介護費用 毎月 162,000円</p> <p>看護・介護職員を基準以上に配置して提供する介護サービスの内、介護保険給付（利用者負担分を含む）による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づいて算出。人員配置は、介護保険の基準を超える要介護者等1.5人に対して、週40時間換算で介護・看護職員1.0以上を配置。この費用は、要介護認定（要支援・要介護）を受けた時点から自立支援費に代えて支払うものとします。</p> <p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p>
	介護居室使用料	<p>介護状態に応じた事業者の判断に基づく居室の移動を前提とした、介護居室の使用による電気・水道・給湯等の利用料として合理的に算出。この費用は、入居契約書第12条（介護等）第3項による転居以降、介護居室を使用している期間中は、支払いが必要です。</p> <p>※ソノラス・コート油壺へ住み替えた際に別途かかります。</p>
	食費	<p>喫食分のみお支払いいただきます。</p> <p>内訳：日額1,836円（朝食432円、昼食486円、夕食918円）+スペシャルメニュー1,836円加算（多少変動あり）</p> <p>スペシャルメニューは原則として月1回実施します。</p> <p>1日3食×30日分の場合の概算額は、56,916円（食事をキャンセルした場合の取扱いについて）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者の食事は予約不要であるためキャンセル費用なし。</li> <li>・固定費もなく、喫食した分のみ翌月請求する形式。</li> </ul>
	光熱用水費	居室内の光熱用水費、電話代等は別途実費負担
	その他	—
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12		<ul style="list-style-type: none"> <li>・トランクルームの使用料、駐車場使用料（利用者のみ）</li> <li>・自立者が負担するもの 日帰り旅行時の飲食費・美術館等への入館料等、講習会での材料費、居室への食事配下膳、家事代行（基準を超える居室清掃、買物代行、その他家事全般）、事務代行（コピー、FAX等）、居室への寝具貸し出し、被服等クリーニング、美容、医師の往診、医療費、協力医療機関および施設が指定する医療機関以外への受診・付添い・入院見舞い・事務手続き（お受け出来ない場合もあります。）、オムツ代、個人使用の介護用品</li> <li>・要支援者・要介護者が負担するもの 日帰り旅行時の飲食費・美術館等への入館料等、講習会での材料費、家事代行（基準を超える居室清掃、買物代行、その他家事全般）、事務代行（コピー、FAX等）、居室への寝具貸し出し、被服等クリーニング、美容、医師の往診、医療費、協力医療機関および施設が指定する医療機関以外への受診・付添い・入院見舞い・事務手続き（お受け出来ない場合もあります。）、オムツ代、個人使用の介護用品、デイルーム利用時おやつ代</li> </ul>

介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は1割 が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td>183,502 円</td> <td>18,351 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>204,788 円</td> <td>20,479 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>227,736 円</td> <td>22,774 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>249,023 円</td> <td>24,903 円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>271,647 円</td> <td>27,165 円</td> </tr> </tbody> </table>		月 額	自己負担額	要介護 1	183,502 円	18,351 円	要介護 2	204,788 円	20,479 円	要介護 3	227,736 円	22,774 円	要介護 4	249,023 円	24,903 円	要介護 5	271,647 円	27,165 円
		月 額	自己負担額																	
	要介護 1	183,502 円	18,351 円																	
	要介護 2	204,788 円	20,479 円																	
	要介護 3	227,736 円	22,774 円																	
	要介護 4	249,023 円	24,903 円																	
	要介護 5	271,647 円	27,165 円																	
	個別機能訓練加算 (無・有)、夜間看護体制加算 (無・有) 医療機関連携加算 (無・有)、看取り介護加算 (無・有) 介護職員処遇改善加算 (無・有) サービス提供体制強化加算 (無・有)																			
	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援 1</td> <td>62,417 円</td> <td>6,242 円</td> </tr> <tr> <td>要支援 2</td> <td>105,336 円</td> <td>10,534 円</td> </tr> </tbody> </table>		月 額	自己負担額	要支援 1	62,417 円	6,242 円	要支援 2	105,336 円	10,534 円										
	月 額	自己負担額																		
要支援 1	62,417 円	6,242 円																		
要支援 2	105,336 円	10,534 円																		
個別機能訓練加算 (無・有)、医療機関連携加算 (無・有) 介護職員処遇改善加算 (無・有) サービス提供体制強化加算 (無・有)																				

(3) 月払い方式【該当なし】

費用の支払方法 ※9							
敷金	無・有 ( 円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	円 ~ 円						
年齢に応じた金額設定	無・有						
要介護状態に応じた金額設定	無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
算定根拠 ※11	管 理 費						
	介 護 費 用						
	食 費						
	光熱水費						
	家賃相当額						
	その他						
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12							

介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は1割が自己負担)	特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護 1</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護 2</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護 3</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護 4</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要介護 5</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>		月 額	自己負担額	要介護 1	円	円	要介護 2	円	円	要介護 3	円	円	要介護 4	円	円	要介護 5	円	円
		月 額	自己負担額																	
	要介護 1	円	円																	
	要介護 2	円	円																	
	要介護 3	円	円																	
	要介護 4	円	円																	
	要介護 5	円	円																	
	個別機能訓練加算 (無・有)、夜間看護体制加算 (無・有) 医療機関連携加算 (無・有)、看取り介護加算 (無・有) 介護職員処遇改善加算 (無・有)																			
	介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月 額</th> <th>自己負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援 1</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要支援 2</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>		月 額	自己負担額	要支援 1	円	円	要支援 2	円	円										
	月 額	自己負担額																		
要支援 1	円	円																		
要支援 2	円	円																		
個別機能訓練加算 (無・有)、医療機関連携加算 (無・有) 介護職員処遇改善加算 (無・有)																				

#### (4) 共通事項

改定ルール (勘案する要素及び改定手続等)	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて同意を得たうえで行います。
一時金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 保全措置の内容：(公社) 全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入。当社が個々の入居者について基金に拠出金を支払うことにより万一倒産等に至り、入居者のすべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、保証金として500万円支払われる制度 無の場合の理由( )
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等への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合の保険名 (賠償責任保険) 東京海上日動火災保険株式会社 (代理店ミルックス)
消費税の対象外とする利用料等	入居金以外の費用は消費税等を含んだ金額です。
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がある)	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 有の場合は別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 総額表示のこと。

※8 一時金方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。

※9 入居一時金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。

※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは枠内に記載すること。

※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。

食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。

光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。

※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。

※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

#### 4 サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	基本サービス費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事務、管理、アクティビティ部門にかかわる人件費</li> <li>・トランスポーター車両費、ドライバー人件費</li> <li>・事業者の指定医師による健康相談サービス</li> </ul>
	自立支援費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師及び介護士の24時間常駐体制維持の費用</li> <li>・要介護者等以外の入居者に対して提供する健康管理、健康診断の費用</li> <li>・日常生活支援サービス</li> </ul>
	食費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食堂にて1日3食の食事の提供</li> <li>・食事制限を必要とされる方への状態に合わせた食事の提供</li> </ul>
	その他	なし
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添 介護基準（介護サービス等の一覧表）による	
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護基準（介護サービス等の一覧表）及び管理運営規程による	
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	①ハーベスト株式会社：フードサービス業務 ②日本ビルケア株式会社：館内清掃（居室、共用部）業務全般	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15	施設 施設長、生活相談員 TEL 0467-87-9000 本社 株式会社ソノラス TEL 03-6228-7968 ＊ 施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。 第三者機関、行政等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・公益社団法人全国有料老人ホーム協会 TEL 03-3548-1077</li> <li>・神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情専用電話 TEL 0570-022110</li> <li>・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係 TEL 045-329-3447</li> <li>・神奈川県保健福祉局 福祉部 高齢施設課 TEL 045-210-1111 (代表)</li> <li>・神奈川県保健福祉局 福祉部 介護保険課 TEL 045-210-1111 (代表)</li> <li>・茅ヶ崎市保健福祉部 高齢福祉介護課 TEL 0467-82-1111 (代表)</li> </ul>	

<p>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）</p>	<p>事故対応マニュアルに基づいて、応急措置を行い、協力医療機関への搬送もしくは、119番通報により医療機関への搬送を行うとともに、身元引受人等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。</p>
<p>事故発生の防止のための指針</p>	<p>無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p>
<p>損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）</p>	<p>事業者はサービス提供に当たり、事業者の責に帰すべき事由により事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は過失が認められるときは、賠償額を減ずることができるものとします。</p> <p>事業者が損害賠償責任を負わないものには、次のような事項が含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・失火、盗難等あるいは自由な外出中の事故などにより、入居者が損害を被った場合</li> <li>・入居者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合</li> <li>・事業者が、サービスの提供時に行う聴取・確認等に対して、入居者が故意に事実を告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合</li> <li>・天災等の不可抗力により入居者が損害、災難を受けた場合</li> </ul>
<p>(公社)全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者生活保証制度への加入状況</p>	<p>協会への加入 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p> <p>入居者生活保証制度への加入 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有</p>

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や(公社)全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

5 介護を行う場所等

<p>要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所</p>	<p>軽度の介護については、入居されている居室において介護します。ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。</p>
<p>居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等)</p>	<p>常時介護が必要となった場合は、事業者の指定医師の意見を踏まえ入居者及び身元引受人の同意を得たうえで当施設内の一時介護室に転室し、介護を行います。この場合の費用は、要介護認定(要支援・要介護)を受けた時点から自立支援費97,200円に代えて介護費用162,000円を支払うものとします。居室の利用権は継続します。</p>
<p>従前の居室から別の居室へ住み替える場合(同上)</p>	
<p>入を居住後に替居え室は合施設 提携ホームへ住み替える場合(同上)</p>	<p>更に継続的に重度の介護が必要と判断した場合は、事業者の指定医師の意見を踏まえ、提携する介護付有料老人ホーム(ソノラス・コート油壺のヘルスケア・センターの介護居室)に住み替えていただきます。また、在宅医療行為が必要となった場合も、上記と同様にソノラス・コート油壺へ住み替えていただきます。これら住み替えに伴う費用は入居金に含まれております。追加費用は、介護居室使用料54,000円が別途かかります。月額利用料等の変更はなく、食費のみ住み替え先の食費が適用されます。(在宅医療行為を受ける場合には別途医療費がかかります。)提携施設に住み替えた場合、一定の観察期間経過後、なお継続的にヘルスケア・センター介護居室での介護が必要と判断された場合は、ソノラス・コート茅ヶ崎での居室の利用権は消滅し、新たに住み替え先での利用権が発生します。この場合、占有居室面積減少等による入居金の調整は行いません。ただし、2人入居の場合でいずれか一方の入居者がソノラス・コート茅ヶ崎での居室を使用する必要があるときは、この限りではありません。</p> <p>上記の住み替え、また住み替えに伴う施設利用権の変更等は入居者、状況によっては身元引受人に説明し、同意を得たうえで実施いたします。慢性疾患等の状態が重度化した場合の対応および看取りに関する対応については別途、「重度化した場合における対応に係る指針」に定めます。</p>

6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	中村メンタルクリニック	湘南東部総合病院
	診療科目	精神科・神経内科	総合診療科・内科・外科・循環器科・泌尿器科・眼科・皮膚科・リハビリ科他
	所在地	茅ヶ崎市東海岸北2-1-55	茅ヶ崎市西久保500番地
	距離及び所要時間	約3.5km/車で9分	約7.8km/車で25分
	協力内容	嘱託医として入居者の健康相談・生活相談（月2回/火曜日）に当たる他、認知症等要介護者の住み替えに関する助言、スタッフへの指導等	受診・診療、人間ドック、定期健診の協力、入院等の支援
	名称	茅ヶ崎中央病院	鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院
	診療科目	内科・外科・眼科・耳鼻咽喉科他	内科・外科・皮膚科・眼科・神経精神科他
	所在地	茅ヶ崎市茅ヶ崎2-2-3	鎌倉市腰越1-2-1
	距離及び所要時間	約4.5km/車で20分	約7.9km/車で25分
	協力内容	受診・診療、人間ドック、定期健診の協力、入院等の支援	受診・診療、人間ドック、定期健診の協力、入院等の支援
協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	藤田歯科医院	はじめクリニック
	診療科目	歯科	内科・リハビリ科他
	所在地	藤沢市片瀬4-10-17	藤沢市辻堂5-18-9
	距離及び所要時間	5.0km/車で20分	1.7km/車で5分
協力内容	訪問による歯科診療、口腔衛生管理、歯科相談、緊急時の往診診療	訪問による診療、緊急時の往診診療	
事業者の指定医師	医師 松田隆秀	事業者の指定医師として入居者の健康相談(毎週金曜日)に当たる他、住み替え判定会議出席、近隣病院・高度専門医療機関への紹介、スタッフへの指導等	
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	<p>(通院)―協力医療機関及び近隣医療機関への必要時の通院同行は、介護保険給付金、または入居金に含みます。</p> <p>(入院)―医師の判断を基本として、入居者または家族と相談し、協力医療機関または、入居者が希望する病院に入院となります。</p> <p>(在宅医療)―在宅医療行為が必要となった場合、当施設では対応できない場合があります。その場合は提携施設であるソノラス・コート油壺に住み替えて医療行為をお受けいただきます。詳細は本重要事項説明書添付の「在宅医療行為について」に定めます。医療行為に係る費</p>		

	<p>用は医療機関にお支払いいただきます。</p> <p>協力医療機関及び近隣医療機関への入院時には入退院手続き、送迎、見舞い、家族との連絡、洗濯・買物等のサービスを提供します。以上は、入居金に含みます。入院に係る費用は入居者の負担となります。入院中も居室利用権は存続し、規定の月額の利用料を支払うものとなります。なお、入院中居室の清掃を週2回(1回は居室と水廻り、1回は水廻りのみ)行います。</p>
--	---

7 入居状況等

(平成 27 年 7 月 1 日現在)

入居者数及び定員	23人 (定員 70人)	
入居者内訳	性 別	男 性 2人、女 性 21人
	介護の要否別	自 立 4人 要介護 13人 (内訳)要介護 1 5人 要介護 2 4人 要介護 3 3人 要介護 4 1人 要介護 5 0人 要支援 4人 (内訳)要支援 1 3人 要支援 2 1人 未認定 2人
平均年齢	91.48歳 (男性 91.50歳 女性 91.48歳)	
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	平成26年度 第2回 (7月) 21名 平成25年度決算報告、施設における苦情・事故報告、ご入居者・スタッフの状況について、その他 (ハーベスト (株) 飯田シェフ紹介) 平成26年度 第3回 (11月) 16名 施設における苦情・事故報告、ご入居者・スタッフの状況について、その他 (インフルエンザ対応について) 平成26年度 第4回 臨時(3月) 24名 老人福祉法改定に伴う新入居金について、介護保険制度改正について	

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(平成 27 年 7 月 1 日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 ( 時～翌 時) (最少人数)	備 考 (資格・委託等)
		人数	うち自立対応		
従業者の内訳	管理者	1 ( - )			
	生活相談員	3※ ( - )			事務職、施設管理職が兼務
	直接処遇職員	16 ( 6)	11.2	1.0	
	介護職員	9 ( 2)	7.5	0.8	2 介護又は 看護職員 (最少時1名)  常勤換算に当っては、「個別的な選択による個別的な介護サービス」に係る職員0.5名(常勤換算後)を算定除外しております。 常勤1名が機能訓練指導員を兼務
	看護職員	7 ( 4)	3.7	0.2	

機能訓練指導員	1※ ( - )			常勤看護師1名が兼務
理学療法士	( - )			
作業療法士	( - )			
その他	1※ ( - )			看護師
計画作成担当者	3※ ( - )			介護職員・事務職員が兼務 介護支援専門員資格有
医師	2 ( 2 )			嘱託
栄養士	1 ( - )			委託
調理員	12 ( 9 )			委託
事務職員	5 ( 3 )			アクティビティ、常勤1名が生活相談員 を兼務
その他職員	16 ( 12 )		1	メンテナンス、セキュリティ、常勤2名が生活 相談員を兼務。一部委託
合計	53 ( 32 )		3	

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援1の人数	3.8	2	3.3
要支援2及び要介護者の人数	11.9	13.4	13.6
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	6.0	6.0	6.0
配置している直接処遇職員の人数 ※17	11.7	10.5	10.6
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人数の割合	1.1:1	1.3:1	1.3:1
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 日勤 8:30 ~ 17:30      早日勤 7:00 ~ 16:00 夜勤 17:00 ~ 9:00      遅日勤 11:00 ~ 20:00		
	看護職員 日勤 8:30 ~ 17:30      夜勤 17:00 ~ 9:00		

※16 常勤換算後の人数。

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	—	ホームヘルパー 1 級	—
介護福祉士	5人	ホームヘルパー 2 級	4人
介護支援専門員	— (2人)	ホームヘルパー 3 級	—
介護職員基礎研修修了	—	無資格者	—

注) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を ( ) に外数で記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況 (自立・要支援・要介護) 等)	年齢：満 65 歳以上。2 人入居の場合は、同時入居で 65 歳以上の本人の配偶者に限ります。 心身の状態：入居時に身の回りのことが自分でできること。 共同生活を円滑に営めること。
身元引き受け人等の条件及び義務等	身元引受人を一人定めて頂きます。 身元引受人は本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには入居者の身柄を引き取ります。身元引受人を変更する時は事業者の承認を要します。
生活保護受給者の受入れ対応	<input type="checkbox"/> 否 ・ 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	(契約の終了) 次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。 一 入居者が死亡したとき。(入居者が 2 人入居の場合は、2 人とも死亡したとき) 二 事業者が入居契約書第 30 条 (事業者からの契約解除) に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。 三 入居者が入居契約書第 31 条 (入居者からの解約・解除) に基づき解約・解除が行われたとき。 (事業者からの契約解除) 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことにより本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第 2 項及び第 3 項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。 一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき。 三 入居契約書第 3 条 (目的施設の終身利用契約) 第 4 項の規定に違反したとき。 四 入居契約書第 20 条 (禁止又は制限される行為) の規定に違反したとき。 五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホーム

における通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。

六 在宅医療行為の必要な状態となり、当施設では入居契約書第4条（各種サービス）第2項の医療的介護サービスでは対応できないとき。（2人入居の場合は両者とも対応できないとき）

七 居室及び共用施設並びに敷地を故意又は重大な過失により損傷、汚損又は滅失したとき。

八 長期の不在により入居契約を継続する意思がないと事業者が認めたとき。

九 その他、入居契約書に違反したとき。

2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。

一 契約解除の通告について90日の予告期間をおきます。

二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設けます。

3 本条第1項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行います。

一 事業者の指定医師の意見を聴きます。

二 一定の観察期間をおきます。

4 事業者は、入居者及び身元引受人等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。

一 入居契約書第46条（反社会的勢力の排除の確約）の各号の確約に反する事実が判明したとき

二 入居契約締結後に反社会的勢力に該当したとき。

三 入居契約書第20条（禁止又は制限されている行為）第1項第六号から八号までの各号に掲げる行為を行ったとき。

（入居者からの解約・解除）

入居者（入居者が2人入居の場合は2人とも）は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に提出するものとします。

2 入居者（入居者が2人入居の場合は2人とも）が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。

3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前2項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解除することができます。

一 入居契約書第46条（反社会的勢力の排除の確約）の各号の確約に反する事実が判明したとき。

二 入居契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき。

（明け渡し及び原状回復）

入居者と身元引受人は、入居契約書第29条（契約の終了）により本契約が終了した場合には、直ちに居室を明け渡すこととします。

2 入居者は、前項の居室明け渡しの場合に、通常の使用に伴い生

	<p>じた居室の損耗をのぞき、居室を原状回復することとします。</p> <p>3 入居者又は身元引受人並びに事業者は、前項の規定に基づき入居者の費用負担で行う原状回復の内容及び方法について、「原状回復をめぐるトラブルとガイドライン」（国土交通省住宅局）を参考にして、協議するものとします。</p> <p>(契約終了後の居室の使用に伴う実費精算)</p> <p>入居者又は身元引受人は、契約終了日まで居室を事業者に明け渡さない場合には、契約終了日の翌日から起算して、明け渡しの日までの家賃相当額を事業者に支払うものとします。ただし、入居契約書第29条（契約の終了）第一号の規定に該当する場合は、入居契約書33条第2項に規定する引取期限を本条にいう契約終了日とみなします。</p> <p>(入居金の未償却残額の返還について)</p> <p>入居契約書表題部（6）に定める入居金の償却方法等は次の各号に定めるとおりです。</p> <p>一 償却期間は、入居日の翌日から起算して000ヵ月の応答日の前日までとします。</p> <p>二 償却方法は、月額均等で行うものとします。</p> <p>2. 想定居住期間満了日までに本契約が終了した場合、事業者は次の計算式による算出した入居金の未償却額を、契約終了日の翌日から90日以内に返還金を支払います。</p> $\text{返還金} = (\text{入居金} - \text{非返還対象分}) \div \text{償却期間の日数} \times \text{契約日から償却期間満了日までの日数}$ <p>3 2人入居の入居者の1人が償却期間（想定居住期間）内に退去した場合は、本条の適用はありません。</p> <p>4 事業者は、第2項に基づく返還金支払時に、次の各号に定める者に返還金を支払うものとし、入居者はこれにあらかじめ同意します。</p> <p>一 返還金支払時に入居者が生存する場合には、その入居者</p> <p>二 返還金支払時に入居者が生存しない場合には、入居契約書第40条（返還金受取人）に基づいて入居者の定める返還金受取人</p>
前年度1年間の施設からの契約解除件数	0件
体験入居の期間及び費用負担等	<p>期間 1泊2日 ～ 6泊7日</p> <p>費用 1人1泊 4,320円、食事代は別途ご負担いただきます。</p> <p>介護保険は適用外となります。</p>

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、入居一時金の返還時期等を正確に記入。

## 10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	1 公開（閲覧・ <u>写し交付</u> ）	2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（閲覧・ <u>写し交付</u> ）	2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧・ <u>写し交付</u> ）	2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	2 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（ <u>閲覧</u> ・写し交付）	2 非公開

※20 県指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも  
閲覧であることに留意すること。

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書を交  
付し、説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_ (印)

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書につ  
いて交付、説明を受けました。

年 月 日 署 名 \_\_\_\_\_ (印)

# 重度化した場合における対応に係る指針

ソノラス・コート茅ヶ崎

## 1. 急性期における医師や医療機関との連携体制

利用者の慢性疾患等の状態が重度化した場合、あるいは病状が急性期となった場合には、以下の医師および医療機関との連携体制により対応いたします。

### ■医師：松田隆秀医師（ホームドクター）

- ・嘱託医として入居者の健康相談にあたる（1回/週）
- ・近隣病院・高度専門医療機関への紹介。

### ■在宅療養支援診療所：はじめクリニック・湘南東部総合病院

利用者および家族の同意の下、協力医療機関である在宅療養支援診療所と「在宅診療契約」を結ぶことにより、定期的にあるいは必要時に訪問診療、介護が受けられる体制を作ります。また、常勤の看護師を配置し、医療機関との24時間対応窓口の機能を持たせ往診、訪問看護等を受けられる体制も構築されています。

### ■医療機関

緊急性が高い場合は、救急車搬送により協力医療機関あるいは当施設の指定する医療機関において受診、入院となります。

【協力医療機関】	（診療科目）	（備考）
・湘南東部総合病院	総合診療・内科・外科・循環器科他	自家用救急車有 ホスピス緩和病棟有 24時間体制の往診可 （要「在宅診療契約」）
・茅ヶ崎中央病院	内科・外科・眼科・耳鼻咽喉科他	緊急受入可
・聖テレジア病院	内科・外科・皮膚科・神経精神科他	緊急受入可
・はじめクリニック	内科・外科・胃腸科・肛門科他	24時間体制の往診可 （要「在宅診療契約」）
・中村メンタルクリニック	精神科、神経内科	
・藤田歯科医院	歯科	
【当施設の指定する医療機関】		
・茅ヶ崎市立病院	内科、外科、整形外科他	緊急受入可
・徳洲会総合病院	内科、外科、整形外科他	緊急受入可
・五十嵐クリニック	内科、循環器科	



## 〈 参 考 〉

# ソノラス・コート油壺 看取り介護（ターミナルケア）指針

### ■目 的

この指針は、ソノラス・コート油壺(以下「当施設」という)の入居者の重度化に伴い、終の住処である当施設で、終末期の看取り介護を希望された方に対し、入居者の尊厳を支える介護の一環として、入居者・家族が希望される看取り介護を支援し、より適切な介護サービスを提供することを目的とします。

### ■理 念

特定施設入居者生活介護等の利用者が、一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断を受け、当施設を人生最後に過ごす場所として選択された場合、当施設では、利用者・家族の意向を最大限に尊重して看取り介護を行います。

看取り介護を希望される場合、利用者・家族への支援を最後の時期まで継続し、責任をもってお手伝いいたします。

### ■看取り介護の対象者

以下の方を対象に実施いたします。

- ・利用者・家族が共に、当施設内での看取り介護を希望している。
- ・利用者が、老衰、老化、がんの終末期等のさまざまな疾患の終末期にある。
- ・苦痛、痛み、呼吸苦、出血等の症状の程度が入院による医療を必要とする状態でない。
- ・『「重度化した場合における対応に係る指針」同意書』および、「看取り介護（ターミナルケア）実施同意書」に同意があり、「終末期についての意思確認書」により意思確認が出来ている。
- ・当施設の医療体制を理解されている。

### ■看取り介護の開始手順および体制

#### (1) 利用者・家族との話し合いや意思確認の方法等

①利用者・家族に対し「特定施設入居者生活介護等利用契約」締結時に本指針を説明し、「「重度化した場合における対応に係る指針」同意書」により同意を得ます。

また、終末期の対応について「終末期についての意思確認書」により事前の意思確認をいたします。

②医師により医学的に回復の見込みがないと診断され、利用者・家族から看取り介護の依頼があった場合に③の手続きを踏まえて医師による開始指示を受けて開始します。

③看取り介護の実施に当たっては、利用者・家族に担当医師および当施設の看護師、介護職員等が共同して十分に説明のうえ、同意を得て実施します。（「看取り介護（ターミナルケア）実施同意書」による。）

看取り介護は、ケアマネージャーがケアプランを作成し、利用者・家族に十分な説明のうえ、同意を得ます。また、介護をより適切に行うため、必要に応じて適宜計画内容を見直して変更します。その際にも、説明のうえ、同意を得ます。

## （2）医師・看護師の体制

### ①夜勤スタッフの状況

- ・夜間も看護師が常勤します。
- ・夜間急変時は、夜間緊急連絡体制に基づき、担当医師と連絡を取って対応します。

### ②医師の往診

- ・クリニック油壺の医師が定期的な往診を行います。なお、緊急の場合は臨時の往診を行います。

### ③医療行為の協力について

- ・医療行為が必要な場合は、クリニック油壺の訪問診療（往診）で対応いたします。ただし、当施設では延命処置はできません。
- ・当施設は医療機関ではないため、対応できる在宅医療行為の範囲は限定されています。
- ・在宅医療行為が必要な場合は、添付の「在宅医療行為に伴う医療的介護サービス一覧表」に基づいて対応します。
- ・看取り介護開始後であっても、著しい苦痛症状や誤嚥、その他予期しない症状や病状がある場合は、担当医師や家族の意思を確認の上、看取り介護を中止し、救急搬送や病院受診等の必要な対応を図ります。

④看取り介護の実施に当たっては、医師、看護師、介護職員等が情報の共有化を図り、協力体制を築きます。

⑤看護師は担当医師の指示を受け、利用者の安らかな状態を保つように状態把握に努め、介護職員等と共に必要な介護を行います。また、利用者・家族への担当医師による状況説明が行える機会を設定します。

## （3）看取り介護の施設整備

尊厳ある安らかな最期を迎えていただくために、家族の協力を得ながら、その方らしい人生を全うできるよう、居室環境を整え、原則個室の提供を図ります。

## （4）看取り介護に関する記録

- ①終末期についての意思確認書（別紙1）
- ②看取り介護（ターミナルケア）実施同意書（別紙2）
- ③医師の指示内容
- ④看取り介護ケアプランの作成、修正、追加
- ⑤経過観察記録
- ⑥ケアカンファレンスの記録
- ⑦臨終時の記録
- ⑧看取り介護終了後のカンファレンス会議録

(5) 職員教育

より良い看取り介護を行うために、研修等により死生観教育を実施し、看取り介護の理解を深めることに努めます。

以上

平成 24 年 4 月 1 日改訂



## 看取り介護（ターミナルケア）実施同意書

私は、ソノラス・コート茅ヶ崎の提供する看取り介護（ターミナルケア）について、医師の説明および施設の取り組みについて説明を受けました。

その内容が私どもの意向にそったものであることを確認し、同意をしますの  
で看取り介護（ターミナルケア）に向けた対応をお願いいたします。

株式会社 ソ ノ ラ ス 殿

平成 年 月 日

入居者

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人または家族

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

~~~~~  
説明医師

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

施設説明者

ソノラス・コート茅ヶ崎

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

## ソノラス・コート茅ヶ崎 終末期についての意思確認書

当施設では、ご希望される方に主として身体的痛み、精神的不安を軽減して安らかな最期を迎えていただけるよう、看取り介護（ターミナルケア）を行います。ご入居者の容態が重篤となった場合に、ご入居者自身がこうして欲しいというご意思やご要望に対しては、倫理的問題のない限りにおいて、できるだけご希望に沿いたいと考えております。

つきましては、ご入居者が終末期についてどのようなお考えをお持ちなのかをお伺いします。可能な範囲で結構ですので、以下の質問項目にご回答いただきますようお願い申し上げます。

1. 終末期を迎えたい場所はどこですか？  
 「ソノラス・コート」で最期を迎えたい  自宅に戻って最期を迎えたい  
 入院を希望する  緩和病棟（ホスピス）を希望する  今はわからない
2. 終末期の医療は、どのような形を望まれますか？  
 入院して積極的に医療を受けたい  病院での緩和ケアを希望する  
 当施設での緩和ケアを希望する  今はわからない
3. 入院をした場合、どのような対応を望みますか？  
 回復の見込みがなくても出来る限りの治療をして欲しい  
 痛みや苦しみを出来るだけ抑える対症療法で最期まで治療して欲しい  
 今はわからない
4. 急変時（心停止・呼吸停止）の蘇生を希望されますか？  
 希望する  希望しない  今はわからない
5. 病気について全てお知りになりたいですか？  
 知りたい  知りたくない  今はわからない
6. 終末期に宗教的な対応を望まれますか？  
 望む（宗教： \_\_\_\_\_）  特にない
7. その他、看取り介護（ターミナルケア）で特に望まれることはありますか？

8. 尊厳死の登録をしていますか？  
 している（登録団体 \_\_\_\_\_）  していない
9. 献体登録をしていますか？  
 している（登録団体 \_\_\_\_\_）  していない
10. 臓器移植登録をしていますか？  
 している（登録団体 \_\_\_\_\_）  していない

注) 上記の内容は、変更することが可能ですので、いつでもお申し付けください。  
また、本紙は必ずご記入いただく性質のものではありません。

平成 年 月 日

入居者氏名 \_\_\_\_\_

身元引受人

または家族氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

## 別表 1 3 介護基準（介護サービス等の一覧表）

### 1. 介護基準の目的

この介護基準は「ソノラス・コート茅ヶ崎」居室[RL]、「ソノラス・コート茅ヶ崎」一時介護室及び「ソノラス・コート油壺」介護居室において提供するサービスの範囲・内容・頻度・費用負担について定めたものです。

入居契約書に基づいて、入居者に介護が必要であると判断した時から、介護基準に基づく介護を提供いたします。

入居者の心身の状態を考慮しその機能や能力を活かし自立した生活を少しでも長く続けられるように、すなわち、ご自身で可能なことはできるだけご自身で行うことができるように、介護を提供いたします。

### 2. 介護基準の適用

この介護基準は、入居者の状態評価に基づき、介護の程度を判断し、本人及び身元引受人の了解のもと適用します。

介護保険法による要支援又は要介護認定を受けた方には同法に定める「介護予防特定施設サービス計画」又は「特定施設サービス計画」により、又、これらの認定を受けていない方には個人別に作成する「パーソナルケアプラン」により提供いたします。

「見守り介護」は介護保険法による要支援又は要介護認定を受けていない方に適用します。

介護保険法による要支援又は要介護認定を受けた方には、当社で定めた介護基準「居室介護」「一時介護室介護」により、入居者の状態に合わせて提供いたします。

いずれの介護項目も介護時間は 30 分以内を目安といたします。

「別途利用料を徴収した上で実施するサービス」は、コートの状況により提供できない場合があります。

### 3. 用語の定義

「必要時」とは、入居者の心身の状態を考慮し、その機能や能力をできるだけ活かして、自立した生活を少しでも長く続けられるように、事業者の指定医師、ケアダイレクター及びケアマネージャーなどの専門的な見地から必要と判断されるもので、「介護予防特定施設サービス計画」、「特定施設サービス計画」又は「パーソナルケアプラン」に基づいて提供いたします。

「その都度」とは排泄援助関連において、不快な感覚を出来るだけ感じないように、1 回ごとに対応することを示しています。

### 4. 費用負担

入居者の選定により提供される介護その他の日常生活上の便宜に要する費用。

医療機関での医療は介護ではありませんので、個人の健康保険が適用となり、治療に伴う、健康保険適用外の費用も個人負担となります。

一部の有料サービスについては「ソノラス・コート油壺」の料金と異なるものがあります。詳しくは「ソノラス・コート油壺」の介護基準をご参照下さい。

介護基準  
(介護サービス等の一覧表)

| 介護基準の名称          |                     | 見守り介護           |                 | 居室介護                 |                  |                 | 備考                   |
|------------------|---------------------|-----------------|-----------------|----------------------|------------------|-----------------|----------------------|
| 介護保険制度による要介護度の目安 |                     | 自立              |                 | 要支援1・2、経過的要介護～要介護3   |                  |                 |                      |
| 介護を提供する場所        |                     | 一般居室[RL]        |                 | 一般居室[RL]             |                  |                 |                      |
| サービス項目           | 区分                  |                 | 介護等一時金で実施するサービス | 別途利用料を徴収した上で実施するサービス | 介護保険給付で実施するサービス  | 介護等一時金で実施するサービス | 別途利用料を徴収した上で実施するサービス |
|                  |                     |                 |                 |                      |                  |                 |                      |
| 生活援助             | (1) 環境整備            | 換気・空調           | -               |                      | 必要時              | ○               |                      |
|                  | (2) 掃除・整理・整頓        | ベッド周辺           |                 | ○                    |                  |                 |                      |
|                  |                     | ごみ捨て            |                 | ○                    |                  |                 |                      |
|                  |                     | 居室清掃            |                 | ○                    |                  | 1回×20分/週        | ○                    |
|                  |                     | 洗面所・トイレ周辺       |                 | ○                    |                  |                 |                      |
|                  | (3) 入浴準備・後片付け※3     | 調理台・冷蔵庫         |                 | ○                    |                  |                 |                      |
|                  |                     | 戸棚・箆箱(衣替えも含む)※1 |                 |                      | ○                |                 |                      |
|                  | (4) リン交換            | 高い所・重いもの※2      |                 |                      | ○                |                 |                      |
|                  |                     | シーツ・カバー         |                 | ○                    |                  |                 |                      |
| (5) 寝具乾燥         | 寝具乾燥※4              |                 | ○               |                      |                  |                 |                      |
| (6) 縫い物          | 釦付け・ゴム替え等※5         |                 |                 | ○                    |                  |                 |                      |
| (7) 洗濯・乾燥        | シーツ・カバー             |                 | ○               |                      |                  |                 |                      |
|                  | 下着・寝間着・タオル類         |                 | ○               |                      |                  |                 |                      |
|                  | 漂白                  |                 | ○               |                      |                  |                 |                      |
| (8) 代行※6         | 干し・取り込み・たたみ         |                 | ○               |                      |                  |                 |                      |
|                  | 読心・書く・電話            | 必要時             | ○               |                      | ○                | ○               |                      |
| (9) 調理           | 買物(日用品)・事務手続き       | 施設指定日(1回/週)     |                 | ○                    | 施設指定日(1回/週)      | ○               |                      |
|                  | クリーニングなど業者への取次ぎ     | 施設指定日(1回/週)     |                 | ○                    | 施設指定日(1回/週)      | ○               |                      |
| 身体介護             | (1) 移動              | ほくし・きざみ食等       | -               |                      | 必要時(ヘルシーメニューによる) | ○               |                      |
|                  |                     | 体位変換            | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  |                     | 伝い歩き介助          | -               |                      | 必要時              | ○               | ○                    |
|                  |                     | 杖歩行介助           | 必要時             | ○                    | 必要時              | ○               | ○                    |
|                  |                     | 歩行器介助           | -               |                      | 必要時              | ○               | ○                    |
|                  |                     | 車椅子介助           | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  | (2) 食事(間食を含む)       | 移乗動作介助          | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  |                     | 配膳・下膳           | ダイニングで実施※7      | ○                    |                  | ダイニングで実施※7      | ○                    |
|                  |                     | 準備片付け           | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  |                     | 食事の介助           | 必要時             | ○                    | 必要時              | ○               | ○                    |
|                  | (3) 排泄              | 食事の介助           | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  |                     | 間食※8            | -               |                      | 希望時              |                 | ○                    |
|                  |                     | 失禁時の対応(着替・清拭等)  | 必要時             | ○                    | 必要時              | ○               | ○                    |
|                  |                     | 排泄への声かけ         | -               |                      | 排泄のみ             | ○               | ○                    |
|                  |                     | トイレへの誘導         | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  |                     | 移動動作の介助         | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  | (4) 入浴・清潔           | 陰部洗浄            | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  |                     | 衣服交換・後始末介助      | -               |                      | -                |                 |                      |
|                  |                     | オムツ交換※9         | -               |                      | -                |                 |                      |
| PTile・尿器・便器      |                     | 貸出し又は自費購入       | ○               |                      | 貸出し又は自費購入※10     | ○               |                      |
| 居室一般浴            |                     | 必要時声かけ          | ○               |                      | 2~3回/週※11        | 2回              |                      |
| 介助浴室・特別浴槽        |                     | -               |                 |                      | 2~3回/週※11        | 2回              |                      |
| (5) 身嗜み          | 洗濯                  | 必要時声かけ          | ○               |                      | 2~3回/週※12        | 2回              |                      |
|                  | 手足などの部分浴・清拭         | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
|                  | 爪切り・耳垢除去            | 必要時声かけ          | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
|                  | 洗面・整髪               | 必要時声かけ          | ○               |                      | 必要時声かけ           | ○               |                      |
|                  | 歯磨き                 | 必要時声かけ          | ○               |                      | 必要時声かけ           | ○               |                      |
|                  | 歯磨きの洗浄管理            | 必要時声かけ          | ○               |                      | 必要時声かけ           | ○               |                      |
| (6) 着替え          | 化粧・髭剃り              | 必要時声かけ          | ○               |                      | 必要時声かけ           | ○               |                      |
|                  | 身づくろい               | 必要時声かけ          | ○               |                      | 必要時声かけ           | ○               |                      |
| 機能訓練等            | 理美容(コート内ビュティザロン)※13 | 必要時声かけ          |                 | 実費負担                 | 必要時声かけ           |                 |                      |
|                  | 選択・準備・片付け           | -               |                 |                      | 必要時声かけ           | ○               |                      |
| 健康管理             | 着脱ぎ介助               | -               |                 |                      | 必要時声かけ           | ○               |                      |
|                  | ヘルスチェック             |                 |                 |                      |                  |                 |                      |
|                  | 体重測定                | 1回/月            | ○               |                      | 1回/月             | ○               |                      |
|                  | 血圧測定                | 1回/月            | ○               |                      | 3回/週             | ○               |                      |
|                  | 体温測定                | -               |                 |                      | 3回/週             | ○               |                      |
|                  | 定期健康診断※16           | 年2回             | ○               |                      | 年2回              | ○               |                      |
|                  | 健康相談                |                 |                 |                      |                  |                 |                      |
| 薬の管理             | 健康相談(ホームドクターによる)※17 | 1回/週            | ○               |                      | 1回/週             | ○               |                      |
|                  | 心の相談(ホームドクターによる)※18 | 1~2回/月          | ○               |                      | 1~2回/月           | ○               |                      |
| 金融管理             | 生活相談                | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
|                  | 与薬管理※19             | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
| 安全確認             | 薬取り代行               | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
|                  | フロント、ダイニング、ケアで      | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
| 病気療養時の援助         | 緊急コール               | 24時間対応          | ○               |                      | 24時間対応           | ○               |                      |
|                  | (1) 静養援助            | 身の回りのお世話        | 訪問時             | ○                    |                  | 訪問時             | ○                    |
|                  |                     | 配膳・下膳・準備片付け     | ルームサービス(必要時)    | ○                    |                  | ルームサービス(必要時)    | ○                    |
|                  | (2) 食事              | 献立変更・治療食※20     | (ヘルシーメニューによる)   | ○                    |                  | (ヘルシーメニューによる)   | ○                    |
|                  |                     | 一般状態の観察         | 必要時             | ○                    |                  | 必要時             | ○                    |
|                  | (3) 観察(巡回)          | 血圧・熱・脈などの測定     | 必要時             | ○                    |                  | 必要時             | ○                    |
|                  |                     | 水分摂取・排泄の管理      | -               |                      |                  | -               |                      |
|                  | (4) 処置(手当)          | 備の手当て・湿布        | 必要時             | ○                    |                  | 必要時             | ○                    |
|                  |                     | 洗滌など            | 必要時             | ○                    |                  | 必要時             | ○                    |
|                  | (5) 受診(車での送迎)       | 協力医療機関※21       | 必要時             | ○                    |                  | 必要時             | ○                    |
| 施設が指定する医療機関※21   |                     | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
| (6) 受診付き添い       | 上記以外※22             | -               |                 |                      | -                |                 |                      |
|                  | 協力医療機関※21           | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
| (7) 入院手続き※23     | 施設が指定する医療機関※21      | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
|                  | 上記以外(遠隔地を除く)※22     | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
| (8) 入院中の見舞い      | 協力医療機関※24           | 1/週             | ○               |                      | 1/週              | ○               |                      |
|                  | 施設が指定する医療機関※24      | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
| (9) 医療機関との連絡     | 上記以外(遠隔地を除く)※25     | 1/月             | ○               |                      | 1/月              | ○               |                      |
|                  | 必要時                 | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |
| (10) 身元引受人との連絡   | 必要時                 | 必要時             | ○               |                      | 必要時              | ○               |                      |

※1, 2 衣替えに伴う荷物整理も含まれます。540円/30分・スタッフ一名当たり

※3 居室での入浴はございません。

※4 ふとん乾燥機を使用します。

※5 540円/30分・スタッフ一名当たり  
内容により外部業者に取次ぎをします。その際は実費をご負担いただきます。

※6 フロントへの予約が必要となります。540円/30分・スタッフ一名当たり

※7 ダイニングへの移動に介助を要する場合はデイルームを使用させていただきます。

※8 実費をご負担いただきます。デイルームでの提供となります。1食当たり162円

※9 オムツ代は実費をご負担いただきます。

※10 物品によっては、介護保険の特定福祉用具として、1割の個人負担で購入できます。

※11 状態により入浴出来ない時は清拭をします。

※12 介助浴の時にいたします。

※13 一部有料  
材料費等は、プログラムにより一部入居者の負担になります。

※14 運動機能評価にもとづいて運動プログラムを作りケアプランに入れます。

※15 心身の状態によっては、人間ドックに替えて、健康診断とすることがあります。

※16 前日午前中までに健康管理室に申し出て下さい。

※17 原則として健康管理室でのサービスとします。

※18 前日午前中までに健康管理室に申し出て下さい。

※19 2,160円/1時間 + 交通費実費  
協力医療機関及び施設が指定する医療機関以外への受診・入院時にはお受けできない場合があります。緊急時は除く。

※20 デイリーメニューと同額の料金をいただきます。

※21 前日午前中までに健康管理室に申し出て下さい。

※22 2,160円/1時間 + 交通費実費  
協力医療機関及び施設が指定する医療機関以外への受診・入院時にはお受けできない場合があります。緊急時は除く。

※23 入院に伴う病院の手続きは、原則的に家族又は身元引受人にお願いします。

※24 入院中の見舞い時には、郵便物、洗濯物の届、買物・事務代行等を行います。

※25 見舞いのみ。但し、遠隔地は除きます。

介護基準  
(介護サービス等の一覧表)

| 介護基準の名称           |                                                                                                 | 一時介護室介護                                                     |                                      |                                      | 介護居室介護                                               |                                      |                                      | 備考 |   |                                                                                                                                   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護保険制度による要介護度の目安  |                                                                                                 | 要介護1～要介護5                                                   |                                      |                                      | 要介護1～要介護5                                            |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| 介護を提供する場所         |                                                                                                 | 「ソノラス・コート茅ヶ崎」一時介護室                                          |                                      |                                      | 「ソノラス・コート油壺」介護居室                                     |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| サービス項目            | 区分                                                                                              | 介護保険給付で実施するサービス                                             | 介護等一時金で実施するサービス                      | 別途利用料を徴収した上で実施するサービス                 | 介護保険給付で実施するサービス                                      | 介護等一時金で実施するサービス                      | 別途利用料を徴収した上で実施するサービス                 |    |   |                                                                                                                                   |
|                   |                                                                                                 | 生活援助                                                        |                                      | (1) 環境整備                             | 換気・空調                                                | 必要時                                  | ○                                    |    |   | 必要時                                                                                                                               |
| (2) 掃除・整理・整頓      | ベッド周辺                                                                                           | 必要時                                                         | ○                                    |                                      | 必要時                                                  | ○                                    |                                      |    |   | ※1, 2<br>衣替えに伴う荷物整理も含まれます。                                                                                                        |
|                   | ごみ捨て<br>居室清掃                                                                                    | 介護居室は1回/日<br>一般居室は1回×20分/週                                  | ○                                    |                                      | 1回/日                                                 | ○                                    |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| (3) 入浴準備・後片付け     | 洗面所・トイレ周辺                                                                                       | 1回/週                                                        |                                      |                                      | 1回/週                                                 |                                      |                                      |    |   | ※3 居室での入浴はございません。<br>※4 ふとん乾燥機を使用します。<br>※5 内容により外部業者に取次ぎをします。<br>その際は実費をご負担いただきます。                                               |
|                   | 調理台・冷蔵庫                                                                                         | 必要時                                                         |                                      |                                      | 必要時                                                  |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| (4) リネン交換         | シーツ・カバー                                                                                         | 必要時                                                         |                                      |                                      | 必要時                                                  |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| (5) 寝具乾燥          | 寝具乾燥※4                                                                                          | 必要時                                                         |                                      |                                      | 必要時                                                  |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| (6) 繕い物           | 紐付け・ゴム替え等※5                                                                                     | 必要時                                                         |                                      |                                      | 必要時                                                  |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| (7) 洗濯・乾燥         | シーツ・カバー                                                                                         | 必要時                                                         |                                      |                                      | 必要時                                                  |                                      |                                      |    |   | ※6<br>フロントへの予約が必要となります。<br>540円/30分・スタッフ一名当たり                                                                                     |
|                   | 下着・寝間着・タオル類                                                                                     | 必要時                                                         |                                      |                                      | 必要時                                                  |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| (8) 代行※6          | 読む・書く・電話                                                                                        | 必要時                                                         | ○                                    | ○                                    | 必要時                                                  | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
|                   | 買い物(日用品)・事務手続き<br>クリーニングなど業者への取次ぎ                                                               | 施設指定日(1回/週)<br>施設指定日(1回/週)                                  | ○                                    | ○                                    | ○                                                    | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
| (9) 調理            | ほぐし・きざみ食等                                                                                       | 必要時(ヘルシーメニューによる)                                            |                                      |                                      | 必要時(ヘルシーメニューによる)                                     |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
| (1) 移動            | 体位変換                                                                                            | 必要時                                                         | ○                                    | ○                                    | 2時間毎及び必要時                                            | ○                                    | ○                                    |    |   | ※7<br>ダイニングへの移動に介助を要する場合はHCCダイニング、又はデイルームを使用させていただきます。<br>※8<br>実費をご負担いただきます。<br>デイルームでの提供となります。<br>HCCの方は徴収しない<br>RLの方は1食当たり162円 |
|                   | 伝い歩き介助<br>杖歩行介助<br>歩行器介助<br>車椅子介助<br>移乗動作介助                                                     | 必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時                             | ○<br>○<br>○<br>○<br>○                | ○<br>○<br>○<br>○<br>○                | 必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時                      | ○<br>○<br>○<br>○<br>○                | ○<br>○<br>○<br>○<br>○                |    |   |                                                                                                                                   |
| (2) 食事(間食を含む)     | 配膳・下膳                                                                                           | HCCダイニング<br>またはデイルーム※7                                      | ○                                    | ○                                    | HCCダイニング<br>またはデイルーム※7                               | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
|                   | 準備片付け<br>食事声かけ・食事量チェック<br>食事の介助<br>間食※8                                                         | 食事毎<br>必要時<br>必要時<br>希望時                                    | ○<br>○<br>○<br>○                     | ○<br>○<br>○<br>○                     | 食事毎<br>必要時<br>必要時<br>希望時                             | ○<br>○<br>○<br>○                     | ○<br>○<br>○<br>○                     |    |   |                                                                                                                                   |
| (3) 排泄            | 失禁時の対応(着替・清拭等)                                                                                  | 定時及び随時                                                      | ○                                    | ○                                    | 定時及び随時                                               | ○                                    | ○                                    |    |   | ※9 オムツ代は実費をご負担いただきます。<br>※10<br>物品によっては、介護保険の特定福祉用具として、1割の個人負担で購入できます。<br>※11<br>状態により入浴出来ない時は清拭をします。<br>※12 介助浴の時にいきます。          |
|                   | 排泄への声かけ<br>トイレへの誘導<br>移動動作の介助<br>陰部洗浄<br>衣服交換・後始末介助                                             | 定時及び随時<br>定時及び随時<br>定時及び随時<br>定時及び随時<br>定時及び随時              | ○<br>○<br>○<br>○<br>○                | ○<br>○<br>○<br>○<br>○                | 定時及び随時<br>定時及び随時<br>定時及び随時<br>定時及び随時<br>定時及び随時       | ○<br>○<br>○<br>○<br>○                | ○<br>○<br>○<br>○<br>○                |    |   |                                                                                                                                   |
| (4) 入浴・清潔         | オムツ交換※9                                                                                         | その都度                                                        | ○                                    | ○                                    | その都度                                                 | ○                                    | ○                                    | ○  | ○ |                                                                                                                                   |
|                   | PHレ・尿器・便器                                                                                       | 貸出し又は自費購入※10                                                | ○                                    | ○                                    | 貸出し又は自費購入※10                                         | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
| (5) 身嗜み           | 居室一般浴                                                                                           | —                                                           |                                      |                                      | —                                                    |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
|                   | 介助浴室・特別浴槽<br>洗髪<br>手足などの部分浴・清拭<br>爪切り・耳垢除去                                                      | 2～3回/週※11<br>2～3回/週※12<br>必要時<br>必要時                        | 2回<br>2回                             | 1回<br>1回                             | 2～3回/週※11<br>2～3回/週※12<br>必要時<br>必要時                 | 2回<br>2回                             | 1回<br>1回                             |    |   |                                                                                                                                   |
| (6) 着替え           | 洗面・整髪                                                                                           | 必要時                                                         | ○                                    | ○                                    | 1回以上/日                                               | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
|                   | 歯磨き・うがい<br>歯磨きの洗浄管理<br>化粧・髪剃り<br>身づくろい                                                          | 必要時<br>必要時<br>必要時<br>必要時                                    | ○<br>○<br>○<br>○                     | ○<br>○<br>○<br>○                     | 食事毎、3回以上<br>食事毎、3回以上<br>1回以上/日<br>必要時                | ○<br>○<br>○<br>○                     | ○<br>○<br>○<br>○                     |    |   |                                                                                                                                   |
| 機能訓練等             | 選振・準備・片付け<br>着脱ぎ介助                                                                              | 必要時<br>必要時                                                  | ○<br>○                               | ○<br>○                               | 2回以上/日及び必要時<br>2回以上/日及び必要時                           | ○<br>○                               | ○<br>○                               |    |   |                                                                                                                                   |
|                   | 日常生活の相談※14<br>(理学療法士による)<br>機能訓練<br>各種アクティビティ ※15<br>(教室・レクリエーション・行事など)                         | 状況に応じて<br>(半期に1回以上)<br>ケアプランによる                             | ○<br>○                               | ○<br>○                               | 1回/月以上<br>ケアプランによる                                   | ○<br>○                               | ○<br>○                               |    |   |                                                                                                                                   |
| 健康管理              | ヘルスチェック                                                                                         |                                                             |                                      |                                      |                                                      |                                      |                                      |    |   |                                                                                                                                   |
|                   | 体重測定<br>血圧測定<br>体温測定<br>定期健康診断※16<br>健康相談<br>健康相談(ホームドクターによる)※17<br>心の相談(ホームドクターによる)※18<br>生活相談 | 1回/月<br>3回/週<br>3回/週<br>年2回<br>必要時<br>1回/週<br>1～2回/月<br>必要時 | ○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○ | ○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○ | 1回/月<br>3回/週<br>3回/週<br>年2回<br>1回/週<br>1～2回/月<br>必要時 | ○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○ | ○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○<br>○ |    |   |                                                                                                                                   |
| 薬の管理              | 与薬管理※19<br>薬取り代行                                                                                | 必要時<br>必要時                                                  | ○<br>○                               | ○<br>○                               | 必要時<br>必要時                                           | ○<br>○                               | ○<br>○                               |    |   |                                                                                                                                   |
| 金銭管理              |                                                                                                 | 必要時                                                         | ○                                    | ○                                    | 必要時                                                  | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
| 安全確認              | フロント、ダイニング、ケアで                                                                                  | 24時間対応                                                      | ○                                    | ○                                    | 24時間対応                                               | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
| 緊急コール             |                                                                                                 | 24時間対応                                                      | ○                                    | ○                                    | 24時間対応                                               | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
| (1) 静養援助          | 身の回りのお世話                                                                                        | 必要時                                                         | ○                                    | ○                                    | 必要時                                                  | ○                                    | ○                                    |    |   | ※20<br>デイリーメニューと同額の料金をいただきます。                                                                                                     |
|                   | 配膳・下膳・準備片付け<br>献立変更・治療食※20                                                                      | 食事毎<br>必要時<br>(ヘルシーメニューによる)                                 | ○<br>○                               | ○<br>○                               | 食事毎<br>必要時<br>(ヘルシーメニューによる)                          | ○<br>○                               | ○<br>○                               |    |   |                                                                                                                                   |
| (3) 観察(巡回)        | 一般状態の観察                                                                                         | 必要時                                                         | ○                                    | ○                                    | 必要時                                                  | ○                                    | ○                                    |    |   | ※21<br>前日午前中までに健康管理室にお申出下さい。<br>※22<br>2,160円/1時間 + 交通費実費<br>協力医療機関及び施設が指定する医療機関以外への受診・入退院時にはお受けできない場合があります。緊急時は除く。               |
|                   | 血圧・熱・脈などの測定<br>水分摂取・排泄の管理                                                                       | 必要時<br>必要時                                                  | ○<br>○                               | ○<br>○                               | 必要時<br>必要時                                           | ○<br>○                               | ○<br>○                               |    |   |                                                                                                                                   |
| (4) 処置(手当)        | 傷の手当て・湿布<br>洗滌など                                                                                | 必要時<br>必要時                                                  | ○<br>○                               | ○<br>○                               | 必要時<br>必要時                                           | ○<br>○                               | ○<br>○                               |    |   |                                                                                                                                   |
|                   | 協力医療機関※21<br>施設が指定する医療機関※21<br>上記以外※22                                                          | 必要時<br>必要時<br>-                                             | ○<br>○<br>-                          | ○<br>○<br>-                          | 必要時<br>必要時<br>-                                      | ○<br>○<br>-                          | ○<br>○<br>-                          |    |   |                                                                                                                                   |
| (5) 受診(車での送迎)     | 協力医療機関※21<br>施設が指定する医療機関※21<br>上記以外※22                                                          | 必要時<br>必要時<br>-                                             | ○<br>○<br>-                          | ○<br>○<br>-                          | 必要時<br>必要時<br>-                                      | ○<br>○<br>-                          | ○<br>○<br>-                          |    |   |                                                                                                                                   |
|                   | 協力医療機関※21<br>施設が指定する医療機関※21<br>上記以外(遠隔地を除く)※22                                                  | 必要時<br>必要時<br>-                                             | ○<br>○<br>-                          | ○<br>○<br>-                          | 必要時<br>必要時<br>-                                      | ○<br>○<br>-                          | ○<br>○<br>-                          |    |   |                                                                                                                                   |
| (6) 受診付き添い        | 協力医療機関※21<br>施設が指定する医療機関※21<br>上記以外(遠隔地を除く)※22                                                  | 必要時<br>必要時<br>-                                             | ○<br>○<br>-                          | ○<br>○<br>-                          | 必要時<br>必要時<br>-                                      | ○<br>○<br>-                          | ○<br>○<br>-                          |    |   |                                                                                                                                   |
| (7) 入退院手続き※23     | 原則家族<br>協力医療機関※24<br>施設が指定する医療機関※24<br>上記以外(遠隔地を除く)※25                                          | 必要時<br>1/週<br>必要時<br>1/月                                    | ○<br>○<br>○<br>○                     | ○<br>○<br>○<br>○                     | 必要時<br>1/週<br>必要時<br>1/月                             | ○<br>○<br>○<br>○                     | ○<br>○<br>○<br>○                     |    |   |                                                                                                                                   |
| (8) 入院中の見舞い       | 協力医療機関※24<br>施設が指定する医療機関※24<br>上記以外(遠隔地を除く)※25                                                  | 必要時<br>必要時<br>1/月                                           | ○<br>○<br>○                          | ○<br>○<br>○                          | 必要時<br>必要時<br>1/月                                    | ○<br>○<br>○                          | ○<br>○<br>○                          |    |   |                                                                                                                                   |
| (9) 医療機関との連絡      |                                                                                                 | 必要時                                                         | ○                                    | ○                                    | 必要時                                                  | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
| (10) 身元引受人との連絡    |                                                                                                 | 必要時                                                         | ○                                    | ○                                    | 必要時                                                  | ○                                    | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |
| (11) 医療的介護サービス※26 |                                                                                                 | -                                                           |                                      |                                      | 必要時                                                  |                                      | ○                                    |    |   |                                                                                                                                   |