（介護予防）認知症対応型共同生活介護

重要事項説明書



社会福祉法人　伸こう福祉会

グループホーム クロスハート本鵠沼・藤沢

指定認知症対応型共同生活介護および指定介護予防認知症対応型共同生活介護

グループホーム　クロスハート本鵠沼・藤沢　重要事項説明書

２０２６年9月１日変更

１　「グループホーム　クロスハート本鵠沼・藤沢」の概要

（1）　事業所の概要

施設名	グループホーム クロスハート本鵠沼・藤沢
所在地	〒２５１－００２８　藤沢市　本鵠沼３丁目１１－３９
電話番号	０４６６－３５－６６２２
ＦＡＸ番号	０４６６－３５－６６３３
事業所番号	指定事業所番号　　１４７２２０２２２３
開設年月日	平成　１７　年　１０　月　１　日
敷地・建物概要	(契約形態)　　賃貸借契約 (建物)　　軽量鉄骨造　３　階建て　２・３　階部分 (床面積)　　５０６．５２　㎡
併設サービス	通所介護・第１号総合事業
交通	小田急江ノ島　線　本鵠沼　駅下車　　徒歩　１０　分
第三者評価の有無	有（直近の評価日２０２５年　３月　２１日）　・　無

（2）　当施設の職員体制

職種	資　　格	員数	業務内容
管理者	介護福祉士 認知症対応型サービス事業管理者研修 認知症介護実践者研修	１名(常勤)	介護従業者及び業務の一元的管理
介護支援専門員 計画作成担当者	認知症介護実践者研修 介護支援専門員	１名以上	認知症対応型共同生活介護計画の作成及び計画作成担当者の業務監督、入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
計画作成担当者	実践者研修 修了	１名以上	認知症対応型共同生活介護計画の作成 入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
介護職員	介護福祉士 実務者研修 ヘルパー2 級	常勤換算１２名以上（各ユニット１名以上は常勤）	入浴・排せつ・食事等生活全般に係わる援助
合計		１２名以上	－

職員の勤務形態	① 早番　　７：３０～１６：３０（ユニット毎に１人） ② 日勤　　９：００～１８：００（ユニット毎に１人） ③ 遅番　１０：００～１９：００（ユニット毎に１人） ④ 夜勤　１８：００～翌８：００（ユニット毎に１人）

※職員の構成につきましては若干の変更がある場合もございます。

（3） 当事業所の設備の概要

定員	Ａユニット　９人 Ｂユニット　９人（計１８人）	トイレ	各居室設置 共用スペースに車椅子対応 （２箇所）
居間兼食堂	３４．０４９　㎡	居室面積	９．６１　　㎡
浴室	各ユニット　に　１ヶ所	居室内設備	エアコン、床暖房、トイレ、洗面

2　当施設の特徴等

（1） 事業の目的

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が、要介護者または要支援２の者であって、認知症の状態にあるものに対して、介護保険法に基づく適正な指定指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護を提供することを目的とする

（2） 運営の方針

法人の理念である「たくさんのよきものを人生の先輩たちと後輩たち、そして地域に捧ぐ」を基本とし、「楽しく・きれいに・いつまでも」をモットーにサービス提供を行っております。

（3） サービス利用のために

事　　項	備　　考
認知症老人の介護経験者	管理者・計画作成担当者（介護支援専門員）は認知症高齢者介護実務経験３年以上の者を雇用しております。
従業員への研修の実施	入職時の OJT に加え、全体研修については年１回実施しています また外部講習を適宜受講させております。
マニュアルの整備状況	スタッフマニュアル、ケアマニュアル、緊急時対応マニュアル等を整備しております。

（4） サービスの利用に当たっての留意事項

面会	・面会時間　　午前　９　時～午後　６　時 ・ただし緊急時や特別な事情がある場合はその限りではありません ・来訪者が宿泊を希望する場合は、事前に届出をお願いいたします ・食物等の差し入れをなさる際は、一言職員にもお声がけ下さい ・職員に対するお心付けは固くご辞退させていただきます。
外出・外泊	・職員の付き添いなしに、外出・外泊なさる際には、必ず行き先と帰宅時間を職員にあらかじめお申し出ください。

飲酒・喫煙	・施設内の所定の場所にてお願いいたします。
金銭、貴重品の管理	・室内への現金や貴重品の持ち込みについてはご相談ください。 ・施設に管理を依頼する物品については、あらかじめ届出をいただけますようお願いいたします。 尚、届出がなかった物品について、紛失や破損が合った場合の責任は負いかねますのでご了承ください。
所持品の持ち込み	・「グループホームご利用の手引き」をご参考にお願いいたします。 ・手引きに記載のないもので、入居者の日常生活上必要なものに つきましては、ご遠慮なくご相談ください。
設備、器具の利用	・居室内のエアコンやトイレにつきましては、維持管理を施設が行います。利用方法につきましては職員よりご説明いたします。
医療的処置について	・当施設は生活上の援助・介護を目的とした施設であるため、施設内における医療処置は行えません。 ・入居者の健康管理は、嘱託医もしくは入居者の選択する主治医によって実施され、治療が必要な場合は外部医療機関を受診していただくこととなります。
その他	認知症対応型共同生活介護は、地域密着型サービスとなりますので、市内在住の方が対象となります。住所変更をご検討の際は、施設への事前報告をお願いいたします。

3　サービスの内容

サービス	内　　容
（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画の作成	サービス提供開始時に、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、地域における活動への参加の機会の確保等、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成します。
食事	朝食　午前７時～　　昼食　午後１２時～　　夕食　午後６時～ ・入居者に参加していただいて調理をしているため、開始時間に若干の差異が生じることをご容赦ください。
入浴	週に最低２回入浴していただけるよう、誘導・介助をいたします。
生活上の相談	日常生活における各種疑問やご心配なことについて、各ユニットの計画作成者（ユニット長）が相談をお受けいたします。
介護	ご状態に応じて、離床・着替え・排泄（誘導を含む）・入浴・食事・　　整容・シーツ交換や居室内清掃等の生活支援等をお手伝いいたします。
健康管理	・緊急時や治療を必要とされる状況になった場合は、ご家族指定の医療機関もしくは提携医療機関を受診し、入院加療していただきます。 ・日常的な健康管理（服薬援助等）は、施設内で主治医の指示に従って介護職員または提携先の協力医療連携機関が行います。
レクリエーション	・施設内でのレクリエーションや外出を適宜実施いたします。 ・外出時にはその費用を実費にてご負担いただく場合もございます。（その場合は予めご相談いたします。）

4．利用料金

（1） 敷金

金額と支払い方法	200,000 円 ・ 契約後、入居までに下記口座に振り込みをお願いいたします。 ・ 横浜銀行　茅ヶ崎支店　普通　１６６３１８９ 社会福祉法人　伸こう福祉会
使途と返金方法	・退居時のルームクリーニング代 ・退居時の原状回復費としてお預かりし、退居時に未清算分控除した後､契約終了日から３ヶ月後にご指定の口座に振込みいたします。
クーリングオフの適用	契約締結日から９０日以内に入居契約を解除する場合は、契約時に支払った敷金の全額が返還されます。但し、契約締結から 契約解除日までの入居期間の家賃、水光熱費、管理費、食費、利用料及び専用居室の原状回復に必要な費用はご負担いただきます。

（2） 月額利用料⇒別添資料１．料金表をご参照下さい。

（3）料金の支払方法

毎月、２０日までに前月分の請求を送付いたします。
お支払い方法は、口座自動引落しでお願いいたします。
領収書は次月の請求書と一緒に送付いたします。

① 請求書の発行
毎月末に清算し、翌月２０日迄にご指定のメールアドレスへ送信いたします。

② お支払方法
横浜銀行より自動引き落としさせていただきます。
大変お手数ですが、預金口座振替依頼書を記入・捺印の上で、入居時に施設に提出をお願いいたします（口座振替成立までに３ヶ月程度かかる場合がありますので、その間は指定口座にお振込みをお願いいたします)。

振替銀行 ： 横浜銀行（浜銀ファイナンス）
引落日 ： 毎月２７日（土・日・祝日の場合は銀行翌営業日）
通帳表示 ： シンコウフクシカイ

② 領収書の発行
前月分の領収書を引き落とし月の翌月２０日迄にご指定のメールアドレスへ
送信いたします。
領収書を紛失された場合は、１回のみ再発行させていただきますのでお申し出ください。

請求書送付先者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

請求書送付先 住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用料金支払い者名（支払口座名義） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

支払い者の入居者との続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

① まずは、お電話等で見学のお申し込みをお願いいたします。

② 当施設の職員が施設のご案内ならびに概要のご説明をいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、ご利用にあたり、事前に担当の介護支援専門員とご相談なさることをお勧めいたします。

※お申し込みにあたり、所定の申込書に加えて健康診断書（半年以内のもの)。

③ お申し込みに必要な書類を受領後、訪問調査にて状態の確認をさせていただきます。

④ 施設の「入居判定委員会」にて入居受け入れ可否が決定されます（概ね１週間程度かかります)。

⑤ 契約後、入居日を双方協議の上で決定いたします。

（2）サービスの提供記録

入居者に対する（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に関する記録を作成し、それを適切に保管し、入居者または代理人の請求に基づいてこれを閲覧させ、または実費負担にてその複写物を交付するものとします。

（3）サービスの終了

① 入居者からの申し出によるサービスの終了。

・入居者のご都合でサービスを終了する場合は退居を希望する日の３０日前までにお申し出ください。

② サービスの自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・入居者が他の介護保険施設に入所した場合。

・入居者の要介護認定区分が、「非該当（自立)」もしくは「要支援１」と認定された場合。

・入居者が亡くなられた場合。

③ その他

・入居者やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の３０日前に文書で通知し、退居していただく場合があります。

・入居者が病院又は診療所に入院し、明らかに３０日以内に退院できる見込みがない場合又は入院後３０日を経過しても退院できないことが明らかになった場合、また施設内で対応ができない常時の医療処置（詳細については別添「重度化した場合の対応に係る指針」をご参照下さい）が必要となった場合。

・入居者に対するサービス提供の記録をサービス終了後５年間保管いたします。

6　サービス内容に関する苦情

（1）　当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者　　クロスハート本鵠沼・藤沢　施設長　（不在の場合はユニット長)

電　話　　電話　０４６６－３５－６６２２　ＦＡＸ　０４６６－３５－６６３３

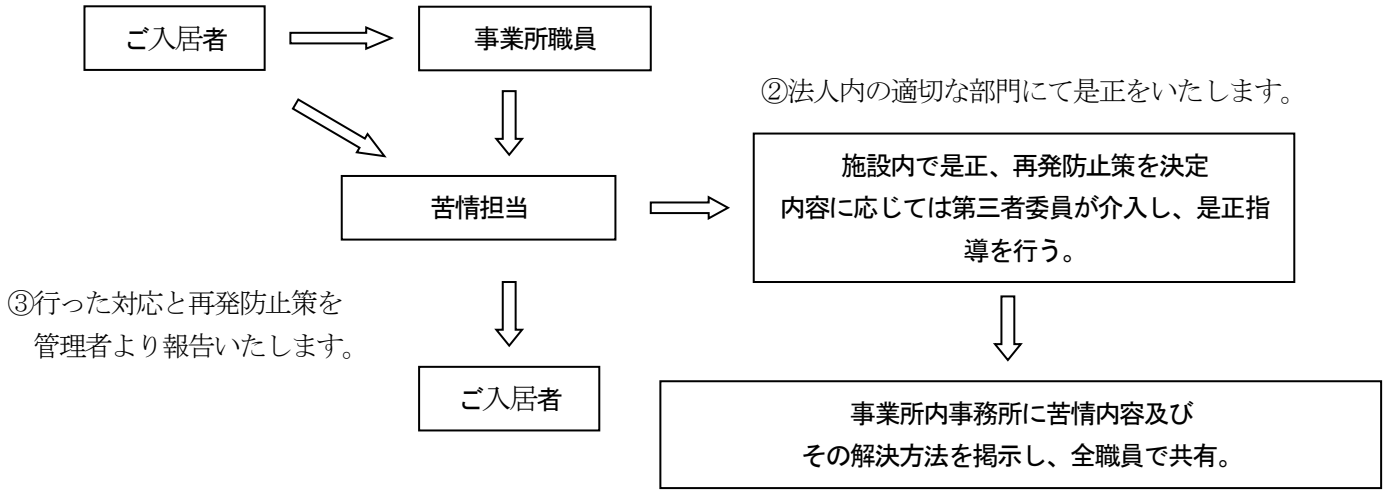
メール　　k-maeda@skfch.com

受付日　　年中無休

受付時間　午前　９　時～午後　６　時

（2）　苦情対応体制

①お気づきになったことを職員にお申し付け下さい。



○伸こう福祉会法人本部お客様ご意見・ご相談センター　　０１２０－２８３－０２７

（3）　その他

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア　藤沢市　福祉部　介護保険課　　０４６６－５０－３５２７

イ　神奈川県国民健康保険団体連合会　介護苦情相談課　　０４５－３２９－３４４７

7　緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、下記に記載のある　主治医もしくはご家族へ連絡をいたします　(以下、ご記入ください)。

主治医	氏名			
	所属		電話番号	
緊急連絡先	氏名			
	自宅 電話		携帯番号	
緊急連絡先	氏名			
	自宅 電話		携帯番号	

※　主治医については、入居後も継続受診を希望される場合のみ記入下さい。

8　事故発生時の対応

（1）　サービスの提供中に事故が発生した場合は、入居者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措

置を講じ、速やかに入居者がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。

（2） また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

（3） 当施設において、入居者に生じた損害については、施設は直ちに必要な措置を講ずるとともに、法的な責任を負う場合は、相当因果関係の範囲内において賠償するものとします。
守秘義務に違反した場合も同様とします。
ただし、損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められた場合又は、入居者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

9 協力医療機関等

提携医療機関	名称　医療法人社団湘南中央会　片瀬クリニック 住所　〒２５１－００３２ 藤沢市片瀬 5-12-23 1F 電話番号　０４６６－５２－５７０３ 名称　医療法人社団　清流会　藤沢脳神経外科病院 住所　〒２５１－００３２ 藤沢市片瀬２－１５－３６ 電話番号　０４６６－２７－１５１１
協力医療機関	名称　医療法人篠原湘南クリニック　クローバーホスピタル 住所　〒２５１－００２５ 藤沢市鵠沼石上 3-3-6 電話番号　０４６６－２２－７１１１ 名称　くげぬま緩和ケア内科 住所　〒251-0031 藤沢市鵠沼藤ヶ谷 1-9-22 電話番号　046６-５３-８０２５ 名称　山川医院 住所　〒251-0052　藤沢市　藤沢 541 電話番号　0466-22-2983
歯科	名称　医療法人　社団若葉会　湘南食サポート歯科 医師名　三幣　利克 住所　〒２５１－０８７５ 藤沢市本鵠沼１－１０－１４ 電話番号　０４６６－８４－２０００

10 非常災害対策

消防用設備等	スプリンクラー設備、自動火災報知設備、煙感知設備、消火器具、避難設備灯
防災訓練	年に２回、昼と夜を想定して実施
防火管理者	前田　国士

11　秘密の保持について

（1）　当該事業所の従事者ならびに退職した従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た入居者及びご家族の秘密を漏らしません。

（2）　入居者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で入居者又はご家族の個人情報を用います。

12　情報公開について

事業所において実施する事業の内容については、法人ホームページにおいて公開しています。

13　個人情報保護について

（1）事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

（2）事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

（3）事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

14　保証人の役割

（1）　入居者が傷病等により意思決定できない場合において、入居者の代理人である保証人に対し意思決定を求めます。

（2）　入居者の個人情報を第三者(利用者の親族を含む)に対して開示する場合は，個人情報保護法第23条1項各号に定める事由による場合を除き,保証人の承諾を得た上で情報開示を行います。

（3）　緊急時における連絡・報告・相談を保証人に致します。

（4）　病院への定期的な通院・入院の際の手続きを保証人にお願いします。

（5）　入居者がご利用になる当該事業に対する債務について，保証人は連帯債務者となっていただきます。

（6）　保証人には、退居時等に入居者又は関係者が持ち込んだ物品等を引き取っていただきます。
※保証人と後見人については同一人物ではなくても構いません。

15　入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のための定期的な従業員教育を行います。

16　身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
ただし、緊急やむを得ない場合は、事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

＜参考＞

［個人情報保護法　第23条第1項］
個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

1　法令に基づく場合
2　人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
3　公衆衛生の向上等のため特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
4　国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

17　業務継続計画の策定について

1. 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供を継続的に実施するため
　の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を
　講じます。
2. 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
3.　定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18　衛生管理等

1. 衛生管理について
　利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
2. 感染症予防と対策
　ノロウイルス・インフルエンザ等の感染症予防マニュアル及び感染症発生時の業務継続計画を整備し、従業者に周知徹底しています。
　また、感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備するとともに感染症対策委員会を設置しおおむね6カ月に1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。また、従業者全員に研修及び訓練を定期的（年２回以上）行う事とします。
3. 他関係機関との連携について
　事業所において食中毒及び感染症が発生し又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

19　地域との連携について

1. 運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。
2. （介護予防）認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の市町村の職員、（介護予防）認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、概ね２月に１回以上運営推進会議を開催します。
3. 運営推進会議に対し、サービス内容及び活動状況を報告し、運営推進会議による評価をうけるととも

に、必要な要望・助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します。

20　サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。
実施の有無　→　有　（運営推進会議にて外部評価を実施している）

21　ハラスメント対策

(1)　職員等に対し、その尊厳を傷つける行為、暴言・暴力、セクシャルハラスメント、その他適切なサービス提供を妨げる行為が万が一認められた場合、事業所は速やかに事実関係を調査し、行為者に対して文書等による警告を行います。また、職員の安全確保のために体制切り替えや、サービスの臨時停止措置を講じることがあります。

(2)　利用者またはその家族等によるカスタマーハラスメント行為が改善されず、信頼関係が著しく損なわれ、安全かつ適切なサービス提供が困難であると判断した場合は、介護事業所は本契約を解除することができるものとします。

22　運営法人の概要

名　称	社会福祉法人　伸こう福祉会
代表者名	理事長　遠藤　健
法人所在地 連絡先	横浜市栄区公田町 1020－5 電話　045-896-1234 FAX　045-896-1235

実施事業の概要	特別養護老人ホーム　クロスハート栄・横浜 特別養護老人ホーム　クロスハート野七里・栄 特別養護老人ホーム　クロスハート幸・川崎 入所者生活介護・（介護予防）短期入所生活介護 グループホーム　クロスハート田谷・栄 グループホーム　クロスハート金沢・横浜 グループホーム　クロスハート二階堂・鎌倉 グループホーム　クロスハート宮前・川崎 グループホーム　クロスハート港南・横浜 グループホーム　クロスハート本鵠沼・藤沢 グループホーム　クロスハート南・横浜 グループホーム　クロスハート円行・藤沢 グループホーム　クロスハート十二所・鎌倉 グループホーム　クロスハート鶴見・横浜 グループホーム　クロスハート本牧・横浜 グループホーム　クロスハート上郷・栄 （介護予防）認知症対応型共同生活介護 クロスハート栄・横浜　デイサービス クロスハート金沢・横浜　デイサービス クロスハート本鵠沼・藤沢　デイサービス 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ　デイサービス クロスハート十二所・鎌倉　デイサービス クロスハート湘南台二番館　デイサービス クロスハート幸・川崎　デイサービス 通所介護・第１号総合事業 クロスハート湘南台・藤沢 ファミーユ湘南 （介護予防）特定施設入居者生活介護 クロスハート石名坂・藤沢 クロスハート湘南台二番館 （介護予防）特定施設入居者生活介護・（介護予防）短期入所生活介護 クロスハート藤沢本町 サービス付き高齢者向け住宅 クロスハートヘルパーステーション栄・横浜 訪問介護・第１号総合事業 クロスハート栄・横浜 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ 横浜市野七里地域ケアプラザ クロスハート藤沢本町 居宅介護支援 クロスハート野七里・栄

	地域密着型介護福祉施設・（介護予防）短期入所生活介護 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ 横浜市野七里地域ケアプラザ 地域ケアプラザ運営 クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート鶴見・横浜 クロスハート幸・川崎 （介護予防）小規模多機能型居宅介護施設 クロスハート港南・横浜　看護小規模多機能型居宅介護 クロスハート港南・横浜　訪問看護 クロスハート藤沢本町　　訪問看護 キディ鵠沼・藤沢本園 キディ鵠沼・藤沢分園 キディ百合丘・川崎 キディ湘南 C－X キディ古市場保育園 キディ石川町・横浜 キディ鈴木町・川崎 キディ元住吉・川崎 キディ大倉山・横浜 認可保育園 キディ二子・川崎 川崎認定保育園 キディ腰越保育園 公私連携型保育所 子育てキディ・洋光台 子育て支援センター子育てキディ腰越 子育て支援拠点 ファンファンキディ湘南台・藤沢 児童発達支援事業所 クロスハートハイツ東蒔田 クロスハートハイツ南太田 クロスハートハイツ矢部 クロスハートハイツ上倉田 クロスハートハイツ戸塚南 クロスハートハイツ和泉が丘 障害者グループホーム事業 クロスハートワーク戸塚 障害者就労支援事業 クロスハート LINK 横浜 障がい者相談支援事業

別添資料１．料金表

①　認知症対応型共同生活介護費（1 日につき）

藤沢市地域単価（4 級地）：１単位＝10.54 円

	2 ユニット以上施設の場合	介護保険適用時の１日あたりの１割自己負担額	介護保険適用時の１日あたりの 2 割自己負担額	介護保険適用時の１日あたりの 3 割自己負担額
要支援２	749 単位	790 円	1,579 円	2,369 円
要介護度１	753 単位	794 円	1,588 円	2,381 円
要介護度２	788 単位	831 円	1,661 円	2,492 円
要介護度３	812 単位	856 円	1,712 円	2,568 円
要介護度４	828 単位	873 円	1,746 円	2,619 円
要介護度５	845 単位	891 円	1,782 円	2,672 円

②　初期加算　　１日につき３０単位を加算

※初期加算は、入居(医療機関に３０日を超える入院後、再入居した場合も含む)した日から起算して３０日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。

③　医療連携体制加算（Ⅰ）ハ　１日につき３７単位／日を加算

※入居者の日常的な健康管理及び入居者の状態を判断し、看護師が医療面から適切な指導、援助を行うものです。通常時及び特に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整連携を行います。

※該当者は要介護の方です。（要支援２の方に関しては算定いたしません。）

④　協力医療機関連携加算　　１００単位/ 月

協力医療機関が入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保、高齢者施設等の診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保し、協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て病歴などの情報を共有する会議を定期的に開催します。

⑤　若年性認知症利用者受入加算　　１日につき１２０単位を加算

※65 歳未満の若年性認知症の方を受け入れた場合、対象者に対して算定

⑥　サービス提供体制強化加算　　（Ⅲ）１日につき 6 単位を加算

（Ⅲ）勤続年数 7 年以上の職員が３０%以上もしくは常勤職員７５%

⑦　看取り介護加算

（1）死亡日以前３１日前から４５日以下　　１日につき７２単位を加算

（2）死亡日以前４日から３０日以下　　１日につき１４４単位を加算

（3）死亡日以前２日又は３日　　１日につき６８０単位を加算

（4）死亡日　　１２８０単位を加算

医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入居者に対して、本人又はご家族等の同意を得た上で、看取りケア計画を策定し、医師、看護師、介護士等の協力のもと、ご本人又はご家族に説明を行い、同意を得た上で介護を行うことを条件に、上記金額を加算させていただ

きます。死亡月にまとめて算定されるため、入院・退居等の翌月に亡くなった場合に前月分の看取り介護加算に係る自己負担額の請求を行う場合があります。

⑧　入退院支援の取組みについて　１日あたり２４６単位を加算
（※１月に６日間を限度、月をまたがる場合は１２日間）
入院後３ヶ月以内に退院が見込まれる方について、ご本人・ご家族の希望等を伺い円滑に再入居できる体制を確保した場合。

⑨　口腔衛生管理体制加算　１月につき３０単位を加算
歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士よる介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を受け必要な口腔衛生管理を行います。

⑩　科学的介護推進体制加算　１月につき４０単位を加算
入居者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用します。

⑪　介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ　　所定の単位数２２％

⑫　医療連携体制加算（Ⅱ）　　５単位/ 日
算定日が属する月前3月間において、次のいずれかに該当する状態の入居者が１人以上である場合。

(1)　喀痰吸引を実施している状態
(2)　経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
(3)　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
(4)　中心静脈栄養を実施している状態
(5)　人工腎臓を実施している状態
(6)　重篤な心機能障害、呼吸器障害により常時モニターを測定している状態
(7)　人工膀胱又は人工肛門の処理を実施している状態
(8)　褥瘡に対する治療を実施している状態
(9)　気管切開が行われている状態
(10)　留置カテーテルを使用している状態
(11)　インスリン注射を実施している状態

⑬　新興感染症等施設療養費　　２４０単位/日
入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、１月に１回、連続する５日を限度として算定する。※ 現時点において指定されている感染症はない。

⑭　退居時情報提供加算　　２５０単位/回
医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等１人につき１回に限り算定する。

⑮　認知症専門ケア加算（Ⅰ）　１日につき３単位を加算

認知症介護実践リーダー研修修了者を１名以上配置し、職員間の認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的に実施

⑯　栄養管理体制加算　１か月につき 30 単位を算定

管理栄養士（当該事業所の従業者以外の管理栄養士を含む。）が、従業者に対する栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月１回以上行っている場合に、１月につき所定単位数を加算する。

⑰　高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）

・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）　Ｉ月につき１０単位を加算

＊感染症法第６条第 17 項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。

＊協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めると共に、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。

・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）　Ｉ月につき５単位を加算

＊診療報酬における感染対策向上加算に関わる届け出を行った医療機関から、３年に１回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。

⑱　生産性向上推進体制加算（Ⅱ）10単位/月

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの 導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員 の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテク ノロジーを１つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期 間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことを評価。

⑲　食材料費　朝食：330円　昼食：330円　間食：110円　夕食：430円

月当たり36,000円(30日計算)

入院・外泊・外出時等はいただきません。

⑳　介護保険サービス以外の利用料

月の途中で入退居される場合は、日割りにて請求させていただきます

家賃	１日　　２，７３３　円（月あたり　８２，０００　円） 入院・外泊時も居室を確保する場合は全額お納めいただきます
光熱水費	１日　　１，０００　円（月（３０日）あたり　３０，０００　円） 入院・外泊等で 0 時～24 時の 24 時間不在の時はいただきません。
管理費	１日　　１．０３４　円（月あたり　３１，０００円） ・管理費は施設内の共有設備の維持管理に充当します ・入院・外泊時も居室を確保する場合は全額お納めいただきます
その他	・オムツ代、個人で使用する日常品、個人の嗜好により専用に購入する食品や物品は実費でご負担いただきます ・医療（薬や受診費用）に関わる費用は実費でご負担いただきます ・外部でのサービス(病院付き添い等)を利用する場合は、実費にてご負担いただきます

㉑　生活保護受給者の料金設定
生活保護受給者については減免し、生活保護受給者に料金を引き下げます。
差額分は事業者負担とします。

別添２．ご利用料金計算表　介護保険サービスご利用者負担金額

算定方法

総単位（加算を含む）×地域単価＝○○○○円（端数切捨て）

A　　B　　ご利用料金総額（①）

①　－　（①×０．９、０．８又は０．７）＝入居者負担額

ご利用料金総額　　国保請求額

ご利用料金総額より国保請求額（総額の 7～９割）を引いた差額が入居者負担額となります。

A. 総単位（加算を含む）の算定方法

（入居者の介護度に応じた単位＋加算単位）

＿＿＿＿＿単位　＋　＿＿＿＿＿単位＝　＿＿＿＿＿単位

入居者の介護度に応じた単位

	２ユニット以上施設の場合
要支援２	749 単位
要介護度１	753 単位
要介護度２	788 単位
要介護度３	812 単位
要介護度４	828 単位
要介護度５	845 単位

加算単位

サービス提供体制強化加算Ⅲ　　６単位（1 日につき）
医療連携体制加算Ⅰ　　３７単位（1 日につき）…要介護の方のみ
協力医療機関連携加算　　１００単位（１月につき）
口腔衛生管理体制加算　　３０単位（１月につき）
科学的介護推進体制加算　　４０単位（１月につき）
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ　　総単位の１７．８％

他に、入居時の「初期加算」、看取り時の「看取り加算」、６５歳以下の方対象の「若年性認知症ケア加算」などが場合に応じて加算されます。「別添１．料金表」をご参照下さい。

B．地域単価

藤沢市…10.54 円

A.総単位　　B．地域単価　　ご利用料金総額（①）

＿＿＿＿＿単位　×　＿＿＿＿＿円　＝　＿＿＿＿＿円

介護サービス１月当たりの入居者負担額

①＿＿＿＿＿円　－（　①×０．９　）＝　＿＿＿＿＿円

（または①×０．８（または①×０．７））

個　人　情　報　の　取　り　扱　い　に　つ　い　て

社会福祉法人伸こう福祉会、グループホーム クロスハート本鵠沼・藤沢は個人情報の取り扱いについて、以下のとおり公表いたします：

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

２　個人情報第三者への提供について
当施設では、入居者の同意を得ることなく、入居者の個人情報を第三者に提供することはありません。
ただし、法令に基づく場合（介護保険法における不正受給者に係わる市町村への通知等）、入居者の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合であって、入居者の同意を得ることが困難なときはこの限りではありません。

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

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

個人情報受付担当	A棟　前田国士、B棟　松本　貴子
個人情報管理責任者	施設長
電話番号	０４６６－３５－６６２２
FAX番号	０４６６－３５－６６３３

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

個　人　情　報　使　用　に　つ　い　て

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

１　使用目的

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

２　使用する期間

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

３　使用する条件

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

上記内容について使用することを同意します

ご家族　代表名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

高　齢　者　の　心　身　状　況　に　お　け　る　ご　説　明

1．アルツハイマー症やパーキンソン病、ピック病等の脳神経系の既往歴をお持ちの方につきましては症状の進行に伴い、歩行困難、嚥下困難、活動性の低下、体重の減少等が自然に生じます。

2．脳血管疾患や心臓の持病をお持ちの方は、加齢に伴い再発の可能性が非常に高くなります。これらの発症により、入居者の心身状態の急激な悪化が予測されます。

3．加齢に伴う歯の抜け落ちや、疾患の進行により食物を噛み砕く力や飲み込んだりすることに障害が起こりやすくなります。水分でむせこんだり、食事をしても喉や気管に入ってしまうことにより、自然と肺炎を発症しやすくなります。また、自分で食事をしていても知らず知らずのうちに喉に詰まらせてしまう危険性も増大します。

4．筋力の低下と共に骨ももろくなり、歩行時に足がふらついて転倒すると、強い衝撃でなくても骨折したり、特に骨粗しょう症等の病気をお持ちの方は自分の身体の重みで骨折してしまうようなこともあります。また皮膚も加齢と共に変化し、表皮が薄く弾力性に乏しくなります。そのため、外部刺激にも弱くなり、少しぶつけただけでアザになったり、皮膚がむけてしまったりします。

5．歩行が難しい状態で車椅子から立ち上がったり、ベッドや車イスからずり落ちる等の行為により、骨折をするリスクが高まります。特に、住環境が大きく変わる入居後半年間の転倒・骨折は非常に多い傾向にあります。

6．他の入居者との人間関係の中で、しばしば不穏になったり、これまでご自宅ではなかったような症状が現れることがあります。

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

重　度　化　し　た　場　合　の　対　応　に　係　る　指　針

加齢や症状の進行により利用者の心身状態に変化が見られた場合は、以下の対応をいたします：

1．発熱や血中酸素濃度の低下、活動性の低下、食欲不振等の急を要しない体調不良が見られた場合は、提携先の協力医療連携機関の看護師を通じて、入居者の指定する主治医に電話連絡をして、症状の説明をした上で対応の指示を仰ぎます

2．医師が、特に様子観察を指示した場合は、経過観察をさせていただきますが、その場合でもご家族にはご報告をいたします

3．医師が、さらなる検査や治療が必要と判断した場合は、ご家族お付き添いの上で後日改めて外部医療機関を受診していただきます（但し緊急受診が必要と医師が判断した場合は職員が付き添いすると共に、ご家族にご連絡・ご相談をさせていただきます。

4．ただし、定期受診（受診日が決まっている受診）におきましては、ご家族の付添いをお願いいたします。しかしながら、ご家族の付き添いが困難な場合はご相談ください。職員による付き添いを希望された場合は以下のように別途料金を頂きます。

付き添い1時間ごとに2,000円（人員基準を満たすための人件費として）
ただし10,000円を上限とします。

5．もし、入居中に様態が呼吸困難、意識喪失、心肺停止の危機等の急変に陥った場合には施設の判断にて救急搬送対応いたします。

6．治療終了後、医師による帰ホームの許可が出た場合は、施設にて再受け入れをいたします。但し、施設内には医療専門の職員が常駐していないため、下記のような常時の医療行為が必要な方は受け入れいたしかねます

（1） 24時間を通じた点滴やIVH（中心静脈栄養）等の輸液管理
（2） 胃ろう、経鼻等の経管栄養
（3） 気管切開等、人口呼吸器管理
（4） 24時間を通じた頻回な痰の吸引

※ ただし、主治医の往診時や外部の訪問看護ステーション等の利用で十分な対応ができる場合を除きます

7．リハビリについては、介護職員が日常生活の中で実施できる散歩等は施設内で行えますが、より専門性の高い機能回復を目的としたリハビリについては出来かねます

8．上記6のようなご状態になられた場合は、より高度な医療・療養施設（病院や老人保健施設、特別養護老人ホームなど）への転居について、可能な限りの支援を行います

9．上記6の要件に当たらず、老衰等により施設でのお看取りを希望する場合は、主治医・家

族・その他の関係者・協力医療連携機関の看護師・施設職員間での話し合いの上で対応が可能であると判断の後「ターミナルケア」を実施いたします。(話し合いの時期についてはホームからご案内させていただきますが、ご家族からのご相談も随時お受けしております)

ターミナルケアを実施するにあたって施設において苦痛等の緩和はできません。
苦痛等の緩和が必要な状況においてはご相談の上、医療機関に受診する場合があります。
窒息等急を要する場合には救急搬送することもあります。

ターミナルケアを実施する中でご逝去された場合（施設内もしくは病院にて)、別添資料「１．利用料金　⑨看取り加算」記載の加算額が発生いたします。

ターミナルケアにおいて施設内で行える介護は以下の通りです：

（１） 車椅子やベッドからの移動介助
（２） 床ずれを防止するための定期的な体位交換やその他の処置
（３） 入居者に危険のない範囲での入浴介助・清拭
（４） 食事介助
（５） おむつ交換等の排泄介助
（６） 施設内で用意できる療養食の準備（お粥や柔らかく煮た食事等)
（７） 医師・家族への定期的な報告

１０．医療サービスについてはあくまでもご家族と医療機関間の契約によるものとなっておりますので、医療機関の選択や変更については、ご遠慮なくお申し出下さい
また施設の嘱託医以外の主治医を選択される場合は、緊急時の連絡体制等について、事前に担当の先生とご相談をさせていただきますのでご協力をお願いいたします

１１．医師との連絡調整を円滑にするにあたって外部の協力医療連携機関を利用させていただきます。週に１回ホームに来訪し、利用者の日常的な健康管理を及び利用者の状態を判断し、看護師が医療面から適切な指導、援助を行うものです。
通常時及び特に状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡調整連携を行います
※料金に関しては要介護の方が対象になります。(要支援２の方に関しては該当いたしま　せん。）別添資料「１．料金表　③医療連携体制加算」をご参照ください。

入　居　者　の　急　変　時　に　つ　い　て

当施設は、認知症状を持つ高齢の方の共同生活のために、職員が必要な介護サービスを提供しながら側面支援していくことを目的とした施設です。
したがって、医療専門職による医療処置や治療が必要な方につきましては、お手伝いを行うことができません。

もし入居中に予期せぬ状態(終末期以外)で容態が急変した場合は、救急搬送をさせていただく場合がございます。病院の受け入れ体制状況により、ご希望が叶わないことがありますことをご了承ください。また下記記入事項に変更が生じた場合は施設長までご報告ください。

１．　救急搬送先病院について　　どちらかに〇をつけてください

（1）希望病院、希望しない病院がある　　（2）施設や救急隊に任せる

（1）に〇をつけた方のみご記入ください

希望病院　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

希望しない病院　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．緊急時の連絡先（緊急時の対応方法の項目にご記入いただいた方と重複しても構いません）

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　昼間　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

早朝・夜間　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．搬送先での延命治療（気管挿管等）の実施についてどちらかに〇をお願いします。
ご家族に連絡が取れなかった場合、救急隊に施設職員が聞かれることがあります。
あくまで記入日時点での意向というかたちで参考にさせていただきます。

（1）希望する　　（2）希望しない

看　取　り　に　関　す　る　指　針　の　ご　説　明

１．目　的

この指針は、看取り介護に関する事柄を取り決め、看取り介護の体制を確立し、入居者・ご家族の望む終末期ケアを、関係職種で連携協働して提供する事を目的とします。

２．当ホームにおける看取り介護の考え方

看取り介護は、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛等を出来る限り緩和しながら、その方らしく日々の暮らしを営めるよう介助することを目的としています。尚、当ホームにおける看取りとは、住み慣れた環境で親しい人々に見守られながら、その死を早めることも遅らせることもせず、老化や慢性疾患によってごく自然に訪れる死を支えることであり、医療機関での対応の必要性が薄く、回復の見込みが無いと医師に判断された方を対象とします。

当ホームに入居しているご本人、ご本人が意思や判断を伝える事が困難な場合はご家族の意思により、当ホームを最期の場所として過ごすことを希望されたときに、看取り介護を提供するものといたします。

この指針は、将来看取りのご要望をいただいた場合における看取りに関する当ホームの取り決めや考え方を述べたものです。入居時に看取りの決断を迫るものではありません。

３．看取り介護の体制

当ホームにおいて、看取り介護を実施するに当たり、以下の体制を整えます。

１）当ホームにおける医療に関する体制

医療連携機関等と連携し、24 時間の連絡体制を確保して、健康上の管理等に対応いたします。連携先とは緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制となっております。

２）病状の変化に伴う緊急時の対応について

病状の変化に伴う緊急時には、協力医療機関に連絡を取り判断します。夜間においては介護職員が夜間緊急連絡体制に基づき連絡を取って緊急対応を行います。

なお、お身体の状態や病状に変化があり、医師より治療による回復の見込みがあると判断された場合で、ご本人またはご家族が望まれる場合には、医療機関での治療を受けられるよう対応いたします。

３）ご家族との、夜間を含めた連絡体制を確保します。

４）看取り介護のためのホーム内整備

①尊厳ある安らかな最期を迎えるために居室の環境整備に努め、その人らしい人生を全うするための環境の確保を図ります。

②ホームでの看取り介護に関して、家族の面会、付き添い等もご相談をお受けいたします。

【説明確認欄】

認知症対応型共同生活介護の契約にあたり、利用料の詳細な支払方法を含め本書面に基づいて、重要な事項を事前に説明し、交付しました。

事業者所在地　　藤沢市本鵠沼 3-11-39
名　称　　グループホーム　クロスハート本鵠沼・藤沢

説明年月日　　年　　月　　日

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

認知症対応型共同生活介護の利用契約締結にあたり、利用料の詳細な支払方法を含め、本書面に基づく重要な事項の説明（P1～P16）と交付を受け、契約および利用の開始に同意いたします。
また、下記項目についても承諾し、同意いたします。
・個人情報使用について　・重度化した場合の対応に係る指針について　・看取りの指針について

（入居者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代筆の場合は代筆者と入居者との続柄を記載）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

（保証人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（後見人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）保証人は、本人とともに契約書ならびに重要事項の内容を確認し、緊急時などに入居者の立場に立って事業者との連絡調整を行える方が記載してください。
成年後見人制度を利用中の方は、後見人の方が記入してください。

貴 重 品 保 管 依 頼 書

グループホーム　クロスハート本鵠沼・藤沢　　管理者　　様

以下の貴重品について、管理を依頼します

<table>
<tr><td rowspan="11">管理を依頼する
貴重品の内容
と管理方法</td><td colspan="2">介護保険証　　健康保険証　　後期高齢者医療被保険者証
健康手帳　　介護保険負担割合証
(該当するものに〇をしてください)</td></tr>
<tr><td>管理を依頼する物品名と保管場所・方法</td><td>備　　考</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>依　頼　者　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>預　け　た　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>預　か　っ　た　者</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">最　終　返　却　日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td><td>受取者確認サイン</td></tr>
<tr><td></td></tr>
</table>