

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 6 月 1 日
記入者名	下 江 尚 嗣
所属・職名	管理者

### 1. 事業主体概要

種類	個人／ <span style="border: 1px solid black;">法人</span>	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんふれあいふくしかい  社会福祉法人ふれあい福祉会	
法人番号	法人番号有無	<span style="border: 1px solid black;">1</span> あり      2 なし
	法人番号	5260005001863
主たる事務所の所在地	〒709-0605 岡山市東区浅川 520 番地の 9	
連絡先	電話番号	086-297-6656
	FAX 番号	086-297-6686
	メールアドレス	info@hamonika.com
	ホームページアドレス	http://www.hamonika.com
代表者	氏 名	満木 義浩
	職 名	理事長
設立年月日	平成 8 年 3 月 5 日	
主な実施事業	※ 別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

名称 有料老人ホーム シェスタハモニカ	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほーむ しえすたはもにか	
所在地	〒709-0605 岡山市東区浅川 520 番地の 32	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 山陽本線 上道駅 ・ 瀬戸駅
	交通手段と所要時間	J R 山陽本線 上道駅より 宇野バス 日生 <sup>そうご</sup> 寒河行き または 八日市行き 「山 <sup>やま</sup> の端 <sup>はた</sup> 」下車 徒歩約 10 分
連絡先	電話番号	086-297-9580
	FAX 番号	086-297-9588
	メールアドレス	info@hamonika.com
	ホームページアドレス	http://www.hamonika.com
管理者	氏名	下江 尚嗣
	職名	管理者
建物の新築年月日		平成 17 年 6 月 28 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 17 年 7 月 15 日

**（類型）【表示事項】**

<div> <div>1</div> <div>介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>2</div> <div>介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>3</div> <div>住宅型</div> </div> <div> <div>4</div> <div>健康型</div> </div> <div> <div>5</div> <div>サービス付き高齢者向け住宅</div> </div>		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	3370107405
	指定した自治体名	岡山市
	事業所の指定日	平成17年 8月 1日
	指定の更新日（直近）	平成29年 8月 1日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	4,371.41 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり ( 年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	1,516.84 m <sup>2</sup>

		うち、老人ホーム部分	1,516.84 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物						
抵当権の設定		1 あり    2 なし				
契約期間		1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし				
契約の自動更新		1 あり    2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
			最少	1 人部屋		
			最大	1 人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	16.1 m <sup>2</sup>	2 6	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	16.7 m <sup>2</sup>	4	介護居室個室
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	<del>有 / 無</del>	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における	2ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1 ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	1	あり（2 階 97.708 m <sup>2</sup> ・3 階 101.228 m <sup>2</sup> ） 2 なし	
	入居者や家族が利	1	あり 2 なし	
消防用設備等	エレベーター	1	あり（車椅子対応）	
		2	あり（ストレッチャー対応）	
		3	あり（上記 1・2 に該当しない）	
		4	なし	
	消火器	1	あり 2 なし	
	自動火災報知設備	1	あり 2 なし	
緊急通報装置等	火災通報設備	1	あり 2 なし	
	スプリンクラー	1	あり 2 なし	
	防火管理者	1	あり 2 なし	
	防災計画	1	あり 2 なし	
	居室	1 全てあり 2 一部あり 3 なし	便所 1 全てあり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 全てあり 2 一部あり 3 なし
その他	機能訓練室 116.25 m <sup>2</sup>			

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

事業の目的	介護保険受給者であって要支援または要介護の状態にある者に、適正な介護予防特定施設入居者生活介護並びに特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。
運営に関する方針	事業所の従事者は、要支援または要介護状態であって日常生活において要支援並びに要介護の状態にある者（著しい精神症状や著しい行動異常がある者、急性期状態にある者を除く。）に対して、共同生活住居において、入居者が自立した生活を営むことができるよう、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の援助並びに機能訓練を行う。 2 介護予防特定施設入居者生活介護並びに特定施設入居者生活介護の実施にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
サービスの提供内容に関する特色	・全室個室のユニットケア ・入居一時金・保証金が不要な老人施設 ・利用者負担額は、全国でもトップクラスの低料金
入浴、排泄又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし

洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3	なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算 の対象となるサービスの体制の 有無	入居継続支援加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上連携加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	個別機能訓練加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし

	夜間看護体制加算Ⅱ		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	協力医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	栄養スクリーニング加算		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	退院・退所時連携加算		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	看取り介護加算		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	介護職員等処遇改善加算Ⅰ		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	1	あり	2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(介護・看護職員の配置率) 2. 5 : 1			
	2	なし				

**(医療連携の内容)**

医療機関		<div>※複数選択可</div> <div> <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配  <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い  <input type="checkbox"/> 3 通院介助  4 その他 ( ) </div>	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団満木内科小児科
		住所	玉野市用吉 1681-1
		診療科目	内科・小児科
		協力内容	入居者の健康管理
	2	名称	医療法人 岡村一心堂病院
		住所	岡山市東区西大寺南 2-1-7
		診療科目	内科・外科・皮膚科・整形外科
		協力内容	入居者の入院等の受入
協力歯科医療機関		名称	パルフェ歯科
	住所	岡山市東区浅川 472-6	
	協力内容	入居者の口腔衛生管理	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり 2 なし
	要支援の者	1 あり 2 なし
	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	<p><b>入居者の条件</b></p> <p>1 入浴・食事等身の回りのお世話が必要な方</p> <p>2 介護保険で要支援1～要介護5と判定された方</p> <p><b>身元引受人の条件、義務</b></p> <p>1 独自の生計を営み、利用者本人の身元に関する一切の事項を連帯し、その責に任ずることができる者</p> <p>2 本人が故意、又は過失によって、建物・設備に損害を与え又無断で居室に工作を加え、設備・備品の形状を変更した場合は、本人と連携してその損害を弁償し、または現状に回復することができる者</p> <p><b>保証人の条件、義務等</b></p> <p>利用者が所定の諸費用支払不能になった場合の支払いができる者</p>	
契約の解除の内容	<p><b>契約終了事由及びそれに伴う援助</b></p> <p>① 契約者が死亡した場合</p> <p>② 事業者が解散命令を受けた場合又はやむを得ない理由により事業所を封鎖した場合</p> <p>③ 施設の滅失や重大な毀損によりサービスの提供が不可能になった場合</p> <p>④ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合</p> <p>⑤ 契約書第15条から第17条に基づき本契約が解約、解除された場合</p> <p><b>契約者からの中途解約</b></p> <p>① 契約書第15条により契約を解約する場合</p> <p>② 契約者が入院した場合</p> <p>③ 契約者に関わる特定施設サービス計画（ケアプラン）が変更された場合</p> <p><b>契約者からの解約</b></p> <p>① 事業所若しくはサービス事業者が正当な理由なく契約書に定める特定施設介護サービスを 実施しない場合</p> <p>② 事業者若しくはサービス従業者が守秘義務に違反したとき</p> <p>③ 事業者若しくはサービス従業者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他契約の継続のしがたい重大な事情がみられる場合</p> <p>④ 他の利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応をとらない場合</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p><b>事業者からの契約解除</b></p> <p>① 契約者が契約締結時のその心身の状況及び病歴などの重要な事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</p> <p>② 契約者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも拘らずこれが支払われない場合</p> <p>③ 契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</p> <p>④ 契約者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</p>
	解約予告期間	30 日
入居者からの解約予告期間	7 日	
体験入居の内容	1 あり（1泊の宿泊料 無料 食事代1日 1,650円） 2 なし	
入居定員	30人	
その他		



**5. 職員体制**  
(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	12	11	1	12
看護職員	1	1		1
機能訓練指導員				
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	1	1		1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				39.23 時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

**(職務内容)**

職 種	職 務 内 容
管理者	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う
生活相談員	入居者の生活相談・面接・身上調査並びに利用者やその家族の処遇上の生活援助を行う
計画作成担当	介護計画の作成を担当する
介護職員	介護予防特定施設入居者生活介護並びに特定施設入居者生活介護を提供する
看護職員	介護予防特定施設入居者生活介護並びに特定施設入居者生活介護及び看護を提供する
機能訓練指導員	日常生活を営む上で必要な機能の減退を防止するための訓練を行う

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	12	11	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員	2	2	

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 (16:30 ~ 10:00)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	2 人

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.3 : 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

**(職員の状況)**

管理者	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし								
	業務に係る資格等	1 あり									
		資格等の名称									
		2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数										1	
前年度1年間の退職者数										1	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満										
	1年以上 3年未満	1									
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満			5							
	10年以上			5	1	1				1	
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり      2 なし							

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	理事会の決議	
	手続き	家族懇談会にて協議して理事会にて議決	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

			プラン 1		プラン 2	
入居者の状況	要介護度					
	年齢		歳		歳	
居室の状況	床面積		16.7 m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>	
	便所		1	有 2 無	1	有 2 無
	浴室		1	有 2 無	1	有 2 無
	台所		1	有 2 無	1	有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金		0 円		円	
	敷金		0 円		円	
月額費用の合計			114,300 円		円	
家賃			40,000 円		円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用		円		円	
	介護保険外※ <sup>2</sup>	食費	49,500 円		円	
		管理費	24,800 円		円	
		介護費用	0 円		円	
		光熱水費	管理費に含む		円	
		その他	電話代 実費		円	

※ 1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※ 2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	月額 40,000 円 (日額 1,315 円) (根拠) 建物と建設費の整備にかかった費用：建設時の機械と備品費・借入金の利息・税等を基礎として、借入金の返済期間における1室あたりの家賃を算出した
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	月額 24,800 円 (日額 820 円)
食費	30日 49,500 円 (日額 1,650 円)
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	理美容 実費

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行って いない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	施設・設備の設置並びに維持・管理に要する費用のうち入居者に係る部分について、定員並びに償還年数に応じて按分
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	上乗せサービスへの自己負担額は徴収していない
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	7 人
	女性	23 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	24 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	5 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	13 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	14 人
	5 年以上 10 年未満	5 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	1 人

**(入居者の属性)**

平均年齢	88.7 歳
入居者数の合計	30 人
入居率※	100%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者を含む。	

**(前年度における退去者の状況)**

退去先別の人数	自宅等	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	5 人
	死亡者	2 人
	その他	6 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
	(解約事由の例) 医療依存度高い為	
	入居者側の申し出	13 人
	(解約事由の例) 他施設入所・長期療養・永眠	

**8. 苦情・事故等に関する体制**

**(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)** ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	有料老人ホームシェスタハモニカ	
電話番号	086-297-9580	
対応している時間	平日	9 : 00 ～ 16 : 00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	なし	

**(苦情解決体制の整備)**

運営に当たっては、提供した介護予防特定施設入所者介護事業・特定施設入居者生活介護事業に関する利用者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力する。

上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

窓口の名称 所在地 電話番号 対応している時間	岡山市保健福祉局事業者指導課施設係 岡山市北区大供3丁目1-18 KSB会館4階 086-212-1014 平日 9:00~17:00
窓口の名称 所在地 電話番号 対応している時間	瀬戸内市いきいき長寿課介護保険係 瀬戸内市長船町土師291 0869-26-8840 平日 9:00~17:00
窓口の名称 所在地 電話番号 対応している時間	赤磐市介護保険課 赤磐市下市344 0869-955-1116 平日 9:00~17:00
窓口の名称 所在地 電話番号 対応している時間	備前市介護福祉課介護保険係 備前市東片上126 0869-64-1828 平日 9:00~17:00
窓口の名称 所在地 電話番号 対応している時間	国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 岡山市北区桑田町17-5 086-223-8811 平日 9:00~12:00 13:00~17:00
窓口の名称 所在地 電話番号 対応している時間	玉野市長寿介護課 玉野市宇野1-27-1 0863-32-5534 平日 9:00~17:00
窓口の名称 所在地 電話番号 対応している時間	岡山県運営適正化委員会 岡山市北区南方2-13-1 086-226-9400 平日 9:00~17:00

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) ① 事業者は契約書におけるサービスの実施に伴って事故の責任に返すべき事由により契約書に生じた損害について賠償する責任を負います。契約書第14条に定める守秘義務違反した場合も同様とします。 但し、契約者の故意又は過失が認められる場合には契約者の置かれた心身状況を斟酌して相当と認められた時に限り、損害賠償を減じることができるものとします。 ② 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし



(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1    あり	実施日	令和5年1月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1    あり      2    なし
	2    なし		
第三者による評価の実施状況	1    あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1    あり      2    なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2    なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1    入居希望者に公開 2    入居希望者に交付 3    公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1    入居希望者に公開 2    入居希望者に交付 3    公開していない
事業収支計画書	1    入居希望者に公開 2    入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3    公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1    入居希望者に公開 2    入居希望者に交付 3    公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1    入居希望者に公開 2    入居希望者に交付 3    公開していない

## 10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 4 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: 特別養護老人ホームハモニカ・ケアハウスアネックスハモニカ) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

#### (非常災害対策)

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行う。

- (1) 防火管理者は事業所管理者を当て、火元責任者には事業所介護職員をあてる。
- (2) 始業時・終業時には、火災危険防止のため自主的に点検を行う。
- (3) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は、防火管理者が立ち会う。
- (4) 非常災害設備は、常に有効に保持するよう努める。
- (5) 火災発生や地震等の災害が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行に当るものとする。
- (6) 防火管理者は、従業員に対して防火教育、消防訓練を実施する。
  - ① 防火教育及び基礎訓練（消火・通報・避難）・・・年4回以上
  - ② 利用者を含めた総合訓練・・・年4回以上
  - ③ 非常災害用設備の使用方法的徹底・・・随時
- (7) 事業者は、訓練の実施にあたって地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとする。
- (8) その他必要な災害防止対策についても、必要に応じて対処する体制をとる。

#### (医療連携体制及び重度化対応)

有料老人ホーム シェスタハモニカは、介護予防特定施設入居者生活介護サービス並びに特定施設入居者生活介護サービスの提供を行っているときに入居者の容態が急変した場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は本施設の協力医療機関に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

- 2 有料老人ホーム シェスタハモニカは看護職員並びに協力医療機関との連携により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保します。
- 3 有料老人ホーム シェスタハモニカに入居後、入居者の身体の状態が重度化した場合は、別に定める有料老人ホーム シェスタハモニカ重度化対応指針により介護サービスの提供を行う。

#### (その他運営に関する留意事項)

従業員の資質向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備する。

- ①採用時研修 採用後3月以内
- ②継続研修 年3回

全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2講に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとする。

- 2 代表者、管理者、計画作成担当者は別に厚生労働大臣が定める研修を修了する。
- 3 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 4 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨に従業者との雇用契約の内容とする。
- 5 この規程に定める事項の外、運営に関する重要事項は社会福祉法人ふれあい福祉会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。
- 6 入居者が入院治療を要する場合は、他の介護保健施設、病院又は診療所を紹介する。
- 7 入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動制限を行わない。
- 8 有料老人ホーム シェスタハモニカは入居者が次の各号に該当する場合は、30日間の予

告期間をもって、この契約を解除することができる。

- 一 入居者が正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を2ヵ月以上滞納したとき。
  - 二 入居者が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、事業所の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったとき。
  - 三 入居者が契約締結時にその心身の状況及び病歴などの重要な事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
  - 四 入居者が故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- 9 有料老人ホーム シェスタハモニカは前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって入居者の後見人（後見人がいない場合は、入居者の家族又は身元引受人）や公的機関等と協議し、必要な援助を行う。
- 10 事業所は、この業務を行うため、ケース記録、利用者負担金収納簿、その他必要な帳簿を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。
- 11 事業所、若しくは利用者及びその後見人（後見人がいない場合は、甲の家族又は身元引受人）が居室の変更を申し出る場合、両者の協議の後、両者の同意をもってのみ移動出来るものとする。
- 12 介護室は個室となることから、一時介護居室への移動は行わない。
- 13 事業所は、適切な事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

#### （介護事故の防止、緊急時、事故発生時における対応方法）

事業所は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるものとする。

- 1 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備する。
- 2 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備する。
- 3 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行う。
- 4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。
- 5 従業者は、利用者に病状の急変その他緊急対応の必要が生じた場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な対応を行うとともに、管理者に報告するものとする。
- 6 事業者は、利用者に対する指定特定施設入居者生活介護（指定介護予防特定施設入居者生活介護）の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に関わる居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- 7 事業者は、利用者に対する指定特定施設入居者生活介護（指定介護予防特定施設入居者生活介護）の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。
- 8 事業者は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入する。

(身体的拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続)

事業者は、事業の提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行わないものとし、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等の整備や適正化を図るため、次の第 16-2 条に掲げる措置を講じる。

(身体拘束廃止に向けた取組)

身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を 3 ヶ月に 1 回開催するとともに、その結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図る。

2 介護職員その他従業者に対し、身体的拘束の適正化のための研修を定期的実施する。

3 身体的拘束の適正化のための指針を整備する。

(利用者の人権擁護、虐待防止のための措置に関する事項)

事業者は、入居者の人権の擁護及び虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

(1) 虐待防止に関する責任者の選定

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。

(3) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

(4) その他虐待防止のために必要な措置

2 事業者は、事業の提供に当たり、当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(成年後見制度の活用支援)

事業者は、入居者と適正な契約手続等を行うため、必要に応じ、成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行うものとする。

(感染症対策)

事業所において、感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

1 事業所における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)をおおむね 3 ヶ月に 1 回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。

2 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。

3 事業所において従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施する。

4 前 3 号に掲げるもののほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う。

(業務継続計画の策定等)

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する事業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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとする。

- 2 事業所は、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実施するものとする。
- 3 事業者は、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うものとする。

※添付書類：別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）  
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類				併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞						
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	ハモニカヘルパーステーション	岡山市東区浅川 520-28	
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接			
訪問看護	あり	なし	併設・隣接			
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接			
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接			
通所介護	あり	なし	併設・隣接	ハモニカデイサービスセンター	岡山市東区浅川 520-9	
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接			
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	ハモニカショートステイ	岡山市東区浅川 520-9	
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接			
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接			
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接			
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接			
＜地域密着型サービス＞						
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接			
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接			
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接			
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接			
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホームカーサハモニカ	岡山市東区浅川 520-17	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接			
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接			
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	ハモニカ居宅介護支援センター	岡山市東区浅川 520-9	
＜居宅介護予防サービス＞						
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接			
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接			
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接			
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接			
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接			
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	ハモニカショートステイ	岡山市東区浅川 520-9	
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接			
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接			
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接			
＜地域密着型介護予防サービス＞						
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接			
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接			
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	グループホームカーサハモニカ	岡山市東区浅川 520-17	
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接			
＜介護保険施設＞						
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接			
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接			
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接			
介護医療院	あり	なし	併設・隣接			
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞						
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	ハモニカヘルパーステーション	岡山市東区浅川 520-9	
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	ハモニカデイサービスセンター	岡山市東区浅川 520-28	
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接			

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							なし	あり
要支援 1・2 要介護 1～5 の者に 事業者が提供する標準的な介護サービス内容	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス				備 考	
			（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2		料金※3
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○			
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			
通院介助	なし	あり	なし	あり	○			
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	
おやつ			なし	あり		○	実費	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	実費	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり	○			
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割・2割・3割の利用者負担）。

※ 2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※ 3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。



# 同意書

## 情報提供に関する同意

私並びに、私の家族は、医療上緊急の必要性がある場合に医療機関等に契約者に関する心身の状況等の情報を提供する事、並びにそれに付随して家族の情報を提供する事、また、サービス担当者会議等において、事業者が把握している個人情報を用いる事に同意します。

## 重度化体制の指針の説明並びに医療機関連携に対する同意

私並びに、私の家族は、有料老人ホーム シェスタハモニカの入居に際して、重度化対応指針に基づき、乙の 職員（乙 職名： 氏名： ）より入居後に心身の状況が重度化した場合に同指針に従い介護サービスの提供を受けることの説明を受けるとともに、夜間の看護体制について同意いたします。

### 重要事項説明の同意

説明年月日 令和 年 月 日

私並びに、私の家族は、本書面に基づいて乙の職員（乙 職名： 氏名： ）より重要事項の説明を受けたことを確認するとともに、私並びに、私の家族は、本書面の通り重要事項について同意致します。

同意年月日 令和 年 月 日

（甲） 利用者

住 所

氏 名

（代筆者氏名：

続柄：

印

）

身元引受人

住 所

氏 名

印

続柄 （ ）

（乙） 事業者

住 所 岡山市東区浅川520-32

氏 名 社会福祉法人 ふれあい福祉会

有料老人ホームシェスタハモニカ

説明者 職

氏 名

印