

別紙様式

介護付有料老人ホーム プレザンメゾン明石魚住
重要事項説明書

記入年月日	2023年7月16日
記入者名	原田ひとし
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人
	※法人の場合、その種類 営利法人
名称	(かぶしきがいしゃけあにじゅういち) 株式会社ケア21
主たる事務所の所在地	〒530-0003 大阪府大阪市北区堂島二丁目2番2号 近鉄堂島ビル10階
連絡先	電話番号 06-6456-5633
	FAX番号 06-6456-5642
	ホームページアドレス http://care21.co.jp/
代表者	氏名 依田 雅
	職名 代表取締役
設立年月日	昭和・平成 5 年 11月 1日
主な実施事業	※別添1 (別を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	(かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ぶれざんめぞんあかしうおずみ) 介護付有料老人ホーム プレザンメゾン明石魚住
所在地	〒674-0084 明石市魚住町西岡 1312 番地の 1
主な利用交通手段	最寄駅 山陽電鉄 山陽魚住 駅
	交通手段と所要時間 徒歩 5分
連絡先	電話番号 078-947-4621
	FAX番号 078-947-4721
	ホームページアドレス https://care21.co.jp/

			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】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
			最少	人部屋		
			最大	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.15 m ²	3	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.29 m ²	11	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.30 m ²	4	介護居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.01 m ²	3	介護居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.03 m ²	2	介護居室個室
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.40 m ²	1	介護居室個室
	タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.01 m ²	2	介護居室個室
	タイプ8	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.17 m ²	4	介護居室個室
	タイプ9	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.16 m ²	6	介護居室個室
	タイプ10	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	15.40 m ²	2	介護居室個室
	タイプ11	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.18 m ²	1	介護居室個室
	タイプ12	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.10 m ²	1	介護居室個室
	タイプ13	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.96 m ²	1	介護居室個室
	タイプ14	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.62 m ²	1	介護居室個室
	タイプ15	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.85 m ²	1	介護居室個室
	タイプ16	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.95 m ²	3	介護居室個室
	タイプ17	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.59 m ²	2	介護居室個室
	タイプ18	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.72 m ²	1	介護居室個室
	タイプ19	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	14.08 m ²	3	介護居室個室
タイプ20	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.72 m ²	2	介護居室個室	
タイプ21	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	13.85 m ²	1	介護居室個室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	3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	1ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所			
		リフト浴	ヶ所			
		ストレッチャー浴	1ヶ所			
		その他 ()	ヶ所			

(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 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	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	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1 救急車の手配		
	2 入退院の付き添い		
	3 通院介助		
	4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	ていクリニック
		住所	明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-1
		診療科目	泌尿器科、緩和ケア内科、リハビリテーション科
		協力内容	入居者の容態に関する連絡先、相談の受付及び往診 入居者の定期健康診断(年2回 有料)
	2	名称	医療法人吉田クリニック みんなの加古川クリニック
		住所	加古川市野口町良野1504番地 アベニュー2階
		診療科目	内科
		協力内容	入居者の容態に関する連絡先、相談の受付及び往診

仕様の変更	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
2 なし			

(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	○原則として満65歳以上の方 ○要介護の認定を受けている方 ○複数入居者における共同生活を営むことに概ね支障の無い方 ○著しい自傷他傷の恐れがない方 ○常時医療的処置を必要としない方 ○身元引受人を定められる方 ○当施設入居契約等をご承諾いただける方		
契約の解除の内容	契約書第11条、12条、13条		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第13条	
	解約予告期間	1ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容: 6,000円/1泊 食事代込) 2 なし		
入居定員	55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 ※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				
介護職員	21	14	7	17.8
看護職員	4	3	1	3.4

(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 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)	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	27 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		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等		① あり							
	資格等の名称	介護福祉士								
	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	2	1	6	0						
前年度1年間の退職者数	3	1	3	3						
応じた職員 の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	1	1	2	2					
	1年以上	0	0							
	3年未満	0	0	1	1					
	3年以上									
	5年未満	2	0	0	0					
	5年以上									
	10年未満	0	0	0	0					
10年以上	0	0	0	0						
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	当該有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費及び地代に相当する額を基礎として合理的に算定したもの
敷金	家賃の 0 ヶ月分
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	共用部及び居室内水道代、共用部電気代、施設維持管理費
食費	朝食 350 円、昼食 610 円、夕食 610 円、おやつ 100 円 1,670 円×30 日 計算
光熱水費	管理費込み。ただし、居室部分の電気代は実費。
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	

(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	
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（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
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額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了
	入居後 3 月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（名称： ）

	入居者側の申し出	7人
		(解約事由の例) 入居をり断りできない

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	プレザンメゾン明石魚住 施設長及び管理者	
電話番号	078-947-4621	
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜	無
	日曜・祝日	無
定休日	土・日・国民の祝日、8/13~8/17、12/30~1/3	

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称	株式会社ケア21 CS推進部	
電話番号	06-6456-5633	
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜	無
	日曜・祝日	無
定休日	土・日・国民の祝日、8/13~8/17、12/30~1/3	

(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) 損害保険ジャパン株式会社：賠償責任保険 (居宅介護事業者)
	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) 当ホームにおいて、事業者の責任により入居者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。但し、その損害の発生について、入居者の故意又は重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	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	

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	1 あり 2 なし
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（事業者が運営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 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。

			ケア 2 1 宝塚	宝塚市逆瀬川 1-11-14 後北ビル 402
			ケア 21 兵庫駅前通り	神戸市兵庫区浜崎通 10-17 Angelot 浜崎通 1階 101号室
			ケア 21 宝殿	加古川市東神吉町西井ノ口 581-1 サライブビルディング 101
			ケア 21 明石人丸	明石市相生町二丁目 8-21 ドール明石 202号室
			ケア 2 1 姫路駅前	兵庫県姫路市北条一丁目 78 OMビル 202号
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付有料老人ホーム プレザンメゾン塚口	尼崎市塚口本町 1-30-1
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン伊丹西野	伊丹市西野 2丁目 413番 2
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン立花	尼崎市立花町 1-24-42
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン神戸白水	兵庫県神戸市白水一丁目 17番 20号
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン宝塚山本	兵庫県宝塚市平井 3丁目 15番 24号
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン門戸厄神	兵庫県西宮市樋ノ口町二丁目 1-35
福祉用具貸与	あり	なし	ケア 2 1 兵庫	神戸市兵庫区上沢通 5-8-1 室ビル 1F

看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	ケア 21 長田	神戸市長田区长田町 5-3-6 神戸スカイタワー 2 F
			ケア 21 こうべきた	神戸市北区鈴蘭台北町 4-1-1
			ケア 2 1 明石	明石市藤が丘 2-25-1 山崎ビル 2 階
			ケア 21 あまがさき	尼崎市東難波町 5 丁目 18 番 8 号 ドミールカクタス尼崎 2 階
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	介護付有料老人ホームプレザンメゾン塚口	尼崎市塚口本町 1-30-1
			介護付有料老人ホームプレザンメゾン伊丹西野	伊丹市西野 2 丁目 413 番 2
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン立花	尼崎市立花町 1-24-42
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン神戸白水	兵庫県神戸市白水一丁目 17 番 20 号
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン宝塚山本	兵庫県宝塚市平井 3 丁目 15 番 24 号
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン門戸厄神	兵庫県西宮市樋ノ口町二丁目 1-35
			介護付有料老人ホーム プレザンメゾン門戸厄神	兵庫県西宮市樋ノ口町二丁目 1-35
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	ケア 2 1 兵庫	神戸市兵庫区上沢通 5-8-1 室ビル 1F

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表※1

サービス	特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の有無		月額利用料等を含む※3	その都度徴収※3	料金※4	備考
	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※2）	有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）				
介護サービス						
食事介助	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり				
おむつ代				○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり		○	2,750円	週3回目以上からの入浴時に発生。 （税抜2,500円）
特浴介助	なし	あり		○	5,500円	週3回目以上からの入浴時に発生。 （税抜5,000円）
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり				
機能訓練	なし	あり				
通院介助	なし	あり		○	2,750円	協力医療機関を除く。 1時間あたりの料金。（税抜2,500円）
生活サービス						
居室清掃	なし	あり				
リネン交換	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり				
居室配膳・下膳	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				○	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				
役所手続き代行	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		○	実費	年1回
健康相談	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり				
服薬支援	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり				

介護付有料老人ホーム
 (介護予防) 特定施設入居者生活介護
 重要事項説明書

1 事業者

事業者名称	株式会社 ケア21
代表者	代表取締役 依田 雅
本社所在地 (連絡先)	〒530-0003 大阪市北区堂島2丁目2番2号 近鉄堂島ビル10階 Tel 06-6456-5633 (代表) Fax 06-6456-5642
ホームページアドレス	http://care21.co.jp

2 事業所

事業所名称	介護付有料老人ホーム プレザンメゾン明石魚住
所在地	〒674-0084 兵庫県明石市魚住町西岡1312番地の1
連絡先	TEL: 078-947-4621 FAX: 078-947-4721
居室・定員数	55室・55名
開設年月	2018 (平成30) 年6月1日
指定事業所番号	2872004870

3 事業の類型等の表示

類型	介護付有料老人ホーム 一般型特定施設入居者生活介護 (混合型) サービス付高齢者向け住宅
居住の権利形態	利用権方式
利用料の支払い方法	前払い方式+月払い方式 口座振替※但し、入居前費用は指定口座への振込となります。
入居時の要件	要支援・要介護
居室区分	個室55室
職員体制	3:1以上 要介護者及び要支援者 3.0名に対して職員1人以上の割合で職員が介護に当たります。

4 事業の目的および運営方針

事業の理念	自分らしく、楽しく、生きる『幸せな生活』 自己選択：自ら選択できる環境づくりの提供 生活向上：やりたいことを引き出し実現するための身体づくりと環境づくりの提供 社会参加：開かれた活動行事に参加ができる環境づくりの提供
事業の目的	株式会社ケア21が設置する介護付有料老人ホーム プレザンメゾン明石魚住 (以下、「事業所」という。) において実施する指

(7) 身元引受人を定められる方

(8) 契約書、重要事項説明書を理解し同意いただける方

7 身元引受人の条件

(1) 利用者全ての債務を連帯して履行の責を負う

(2) 契約終了時の利用者の身柄引き取り

(3) 利用者の治療等に関し、医療機関から同意を求められた際に利用者に変更手続きを行う

(4) 利用者の退去時に伴う残置物の処理

(5) 契約終了時に返還金が発生した際、返還金の受領に関する手続き

8 共用部、居室の利用方法

事業所の建物及び付帯設備を安全に管理し、良好な環境を維持するため、施設の使用にあたっては以下の事項をお守りいただきます。

(1) 共用部

施設名	利用時間	利用方法
食堂兼 機能訓練室	7:00~8:00 朝食	食事の時間は左記の通りです。 機能訓練及びレクリエーションは左記の時間以外でもご利用いただけます。
	11:00~12:00 昼食	
	17:00~18:00 夕食	
機械浴室	10:00~17:00	各介護職員の介助により入浴できます。
個浴室	10:00~17:00	各介護職員の介助又は見守りにより、入浴できます。見守り無に入浴される際は、お申し出ください。
洗濯室	随時	家庭用洗濯機をご用意しています。
談話室	随時	日中活動時間中に他者との交流等でご活用ください。
相談室	10:00~17:00	生活相談員等により日常生活のご相談を承ります。
駐車場		来訪者等がご使用の場合は事務室スタッフにお申し出ください。

①火災予防

館内は禁煙です。火災等の非常時には、エレベーターは停止して使用できません。避難用として、屋外階段が設置され、各階から出ることができます。屋外階段には、私物等避難の妨げとなる物を置くことのないようお願いいたします。

年2回避難訓練を行いますのでご参加下さい。

②防犯

外部からの来訪者がある場合は、事務室、またはスタッフまでお申し出下さい。不審者を見かけたときは、すぐスタッフにお申し出下さい。

高額な貴重品、現金は事業所に持ち込まないでください。紛失時は事業者及び事業所は一切責任を負いません。

②これらの措置を講じるにあたり、事業所内で感染症対策委員会を開催し、衛生管理、食中毒、及び感染症に対する指針を定め、日常的な研修、訓練に努め定期的に見直します。また、保健所の助言、指導を求めるとともに密接な連携を保ちます。

③事業所内外の感染症、食中毒など発生状況により、建物設備の利用方法、介護サービスの内容、外部来訪者の対応を変更します。この場合は速やかにその措置を通知します。

9 運営懇談会

(1) 運営懇談会は、事業所の健全な運営と、利用者の快適で心身とも充実した生活を実現するために、必要な事項について、意見を交換する場として設けます。

(2) 運営懇談会は事業者を代表する役員等、事業所を代表する役職員及び利用者、利用者家族、身元引受人の代表者により構成されます。

(3) 運営懇談会は、原則として年2回開催します。但し、定例ほか、事業所と利用者の双方が必要と認めた場合は、臨時懇談会を随時開催するものとします。

(4) 議題は以下の通りとします。

①事業者、事業所の運営状況、利用者の状況、要介護者等の状況、サービスの提供状況、管理費、食費の収支の内容、職員の人員配置等についての状況

②管理費、食費その他のサービス費用及び利用料の改定

③契約、重要事項説明書に記載する諸規則の改定

④利用者の意向の確認や意見交換

⑤その他特に必要と認められた事項

(5) 懇談会の進行は事業所側にて行います。

(6) 懇談会の議事については、開催の都度、双方の発言の記録を作成し公開します。

10 サービス内容と料金および利用料について

(1) 介護保険サービス内容

種類	内容
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士が献立を立て食事を提供します。 (但し、食材料費は給付対象外です。) ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。 ・体調又は利用者の希望により、居室での食事を行う場合があります。
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じた適切な排せつの介助、排せつの自立にむけた援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては適時に交換します。 ・おむつは実費負担となります。
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴槽を使用した入浴も可能です。 ・体調不良等、入浴できない方について、清拭等により対応させていただきます。

文書作成	専門家による文書作成	実費負担
金銭管理	日常生活で利用する嗜好な費用の現金預かり。原則、利用者、家族等に管理して頂きますが、利用者が希望し、事業所が必要と認めた場合対応します。	徴収しない
大型、特殊ごみの収集	通常のごみ収集で対応できない大型、特殊ごみの処理費用となります。 なお、退居後、残置物を引き取らず事業者が処理をした場合、その費用は請求対象となります。	実費負担

その他の内容、費用は「別表 介護保険給付外費用」をご確認ください。

(3) 料金の請求方法

サービスを利用していただいた場合、翌月20日までに届ける請求書により、前月分の利用料等を請求いたします

(4) 料金の支払方法

利用料は次の何れかの方法によりお支払いいただきます。

①口座自動振替によるお支払い(振替手数料は不要です。)

※原則、請求月の28日に口座引落としさせていただきます。

②事業者指定口座への送金によるお支払い(振込手数料が必要です。)

※入居前費用は、口座自動振り替えでなく、入居日前日までに送金して下さい。振込完了後連絡願います。事業所の着金確認と共に契約が有効となります。金融機関休業日の場合、休業日前日に送金してください。

※事業者指定口座は以下のとおりです。

指定口座	金融機関	: りそな銀行
	支店名	: 天六支店
	預金種目	: 普通
	口座番号	: 1515051
	口座名	: 株式会社ケア21

(5) 利用料の改訂にあたっては運営懇談会に諮ることとします。その他、法改正に伴う料金変更においては、書面による通知に代えさせていただきます。

1.1 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者およびその家族等に関する秘密の保持について

①事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者およびその家族等に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

②この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。なお、秘密を保持する義務は、従業員の退職後についても同様とします。

(2) 個人情報の保護について

①事業者は、利用者およびその家族等から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者およびその家族等の個人情報を用いませぬ。

事業者は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市区町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。また、利用者に対する賠償すべき事故が発生した場合には、その責任の範囲において、損害賠償を速やかに行うものとします。

1.4 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、家族等へ連絡いたします。

親族等	氏名①		ご関係	
	連絡先 (電話等)			
	住所			
	氏名②		ご関係	
	連絡先 (電話等)			
	住所			
主治医等	氏名①		診療所名	
	連絡先 (電話等)			
	所在地			
	氏名②		診療所名	
	連絡先 (電話等)			
	所在地			

(注) 該当者がいない場合は、空欄にせずその旨を記載してください。(「該当なし」「なし」「/」等)

1.5 身体的拘束等を行う際の手続き

(1) 当事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを

③苦情解決体制の整備

④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
<虐待防止に関する責任者>

(職名) 管理者	(氏名) 原田 ひとみ
----------	-------------

⑤介護相談員を受け入れます。

⑥サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに、これを市町村に通報します。

⑦虐待防止委員会を設置し、虐待防止のための計画づくり、虐待防止のチェックとモニタリング、虐待発生後の検証と再発防止策の検討を行います。また、併せて虐待防止委員会の中でも身体拘束適正化委員会も実施し、同様の措置を図ります。

- ③医師により医学的に回復の見込みがないと判断されたときに、看取り介護を開始します。
- ④看取り介護の実施にあたっては、その都度、利用者及びその家族の同意を得ます。
- ⑤看取り介護においてはその介護に携わる全ての職種が協働し適切に行うため、多職種で連携の上看取り介護計画書を作成し、看取り介護をより適切に行うために、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更を行います。その際には、利用者及びその家族に十分な説明を行い、同意を得てその都度文書にまとめておくものとします。

(2) 事業所における看取り

- ①病状説明を家族と共に施設長（ケアマネジャー、看護師）が受けます。
- ②特に施設における医療体制の理解を得て、協力医療機関との連携を図り対応していることや看護師の体制、可能な医療行為などの説明を十分に実施します。
- ③施設での看取りを利用者及び家族が希望しているのか確認を医師と共に行います。
- ④施設及び医療機関、訪問看護（必要時）薬局が協働して看取りケアの状況について協議します。
- ⑤施設で看取りを行うことが決定した時は、「看取り指針」の内容を再度ご家族に説明をします。
- ⑥適宜ケアプランの見直しを行ったうえで、利用者及び家族に説明を行い看取りケアプランについて同意を得ます。
- ⑦看取り介護開始時に看取りの同意書を得ます。

(3) 医師・看護師体制

- ①看取り介護の実施にあたっては、利用者の主治医と看護師、その他すべての職種で情報の共有化を図り、看取り介護の協力体制を築きます。
- ②看護師は利用者の主治医の指示を受け、利用者の安らかな状態を保つように状態把握に努め、介護職と共に必要な介護を行います。また、日々の状況等について利用者に対して随時説明を行い、その不安等の解消に努めます。
- ③利用者の主治医による看取り介護の開始指示を受けて、多職種により看取り介護計画書を作成し実施します。
- ④夜間は、施設看護師と訪問診療医療機関の主治医へ連絡を取り、病状の経過報告をして指示に基づき対応します。
- ⑤有料老人ホームは医療機関ではないため、基本的に医療行為を行うことはできません。点滴等が必要な場合は、医師の指示の下により、特別指示書の範囲内で訪問看護ステーションと利用者との契約することで、点滴等の医療行為を受けることができます。

(4) 看取り介護体制に関する記録

看取り介護に係る以下の記録等を整備します。

- ①看取り介護同意書
- ②医師の指示内容
- ③看取り介護計画書作成および経過観察記録
- ④ケアカンファレンスの記録
- ⑤臨終時の記録
- ⑥看取り介護終了後のカンファレンス会議録

(5) 看取りに関する職員教育

よりよ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、看取りの理解を深めることに努めます。

急変時・終末期における医療等に関する意向確認書（入居時用）

病状の悪化や不慮の事故等により緊急に治療が必要と判断される場合には、原則的に病院搬送を行います。慢性疾患の終末期の治療方針や急変時対応について現時点でのご意向をご回答下さい。

【確認事項】

- ① 病状が急変した時の対応について救急搬送されますか。 希望する
希望しない
- ② 利用者の状態の現状報告、施設での対応の限界、主治医の意見をお伝えした後どこで最期を迎えたいですか。
施設
自宅・親族の家
病院
- ③ 施設で看取りを希望された場合、家族はどこまで協力が可能ですか。
付き添いができる
付き添いできない
その他（ ）
- ④ 経口での食事摂取が困難になった場合、経管栄養・胃瘻などを考えていますか。
希望する
希望しない
- ⑤ 食事量が徐々に低下してきた場合、点滴により栄養・水分補給することを希望しますか。
希望する
希望しない
- ⑥ 家族のキーパーソンが身元引受人でよろしいですか。
はい
その他の家族
（ ）

※利用者に重要事項の説明を行いました。

説明年月日	年 月 日
説明を行った場所	

重要事項説明書の内容について変更が生じた場合、その内容を文書で通知します。

事業者

事業者名 株式会社 ケア 2 1
所在地 大阪市北区堂島二丁目2番2号 近鉄堂島ビル10階
代表者名 代表取締役 依田 雅

事業所名 介護付有料老人ホーム プレザンメゾン明石魚住

説明者 _____

※私は、事業者より重要事項の説明を受け、同意し受領しました。

利用者

氏 名 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 (_____)