

はるかの郷 重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日 |
| 記入者名 | 橘 俊秀 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|----------------------------|
| 種類 | 個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 医療法人 |
| 名称 | (ふりがな) いりょうほうじん きゅうじんかい 医療法人 久仁会 | |
| 主たる事業所の所在地 | 〒674-0074 兵庫県明石市魚住町清水 2183 番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 078-942-0305 |
| | FAX番号 | 078-943-4841 |
| | ホームページアドレス | http://www.akashidoujin.jp |
| 代表者 | 氏名 | 西大條 公一 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和55年4月3日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別に実施する他の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 | (ふりがな) はるかのさと はるかの郷 | |
| 所在地 | 〒674-0074 兵庫県明石市魚住町清水 2183 番地 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄り駅 | J R 土山駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① J R 利用の場合 ・ J R 土山駅下車、徒歩約 4 分 イオン土山店向かい ②自動車利用の場合 ・ 第二神明明石西 I C 下車、約 5 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 078-942-6668 |
| | FAX番号 | 078-949-0668 |
| | ホームページアドレス | http://www.akashidoujin.jp |
| | メールアドレス | harukanosato@akashidoujin.jp |
| 管理者 | 氏名 | 橘 俊秀 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 平成 16 年 4 月 1 日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成 23 年 11 月 1 日 | |

(類型)【表示事項】

| | | |
|----------------|-------------------------------------|------------------|
| 1 又は 2 に該当する場合 | 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | |
| | 2 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) | |
| | 3 住宅型 | |
| | 4 健康型 | |
| | 介護保険事業者番号 | 2872003195 |
| | 指定した自治体名 | 兵庫県 |
| | 事業者の指定日 | 平成 23 年 11 月 1 日 |
| | 指定の更新日(直近) | 令和 5 年 11 月 1 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|-----------|---|---|
| 土地 | 敷地面積 | 宅地 3,683.49 m ² | |
| | 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 (始) 令和 5 年 8 月 1 日 (終) 令和 6 年 7 月 31 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 | 2,513.51 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,513.51 m ² |
| | 耐火構造 | 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 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| 契約期間 | | 1 あり (始) 年 月 日 (終) 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】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最小 | 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 | 有/無 | 有/無 | 19.4 m ² | 12 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 25.0 m ² | 6 | 一般居室個室 |
| タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 12.4 m ² | 1 | 一時介護室 | |

※「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 | 2ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | ヶ所 |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 |
| | | | 大浴場 | 1ヶ所 |
| | 共用浴室における 介護浴室 | ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 |
| | | | リフト浴 | ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 |
| | | | その他（ ） | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 あり 2 なし | | |
| | 入居者や家族が利用 できる調理施設 | 1 あり 2 なし | | |
| 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 | | | |
| 消防用 設備等 | 消火器 | 1 あり 2 なし | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり 2 なし | | |
| | 非常警報設備 | 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 | | |
| その他 | 全室ナースコール設置、バリアフリー対応 リビング、オープンテラス（屋上等） 機能訓練室（食堂と兼用）、談話室、洗濯室 | | | |

4. サービスの内容

| | |
|----------|--|
| 運営に関する方針 | 高齢者が安定して生活できる居住と生活環境を供給し、個々人の高齢者の有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう援助及び日常生活動作（ADL）の維持・向上を図る。 |
|----------|--|

| | | | |
|-----------------|---|------|------|
| サービスの提供内容に関する特色 | 少人数の高齢者が共同生活を共にすることで、一人暮らしの不安、閉じ籠りの弊害を防ぎ、お互いが助け合い交流を深められるようサポートを行う。 | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 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、掃除等の家事の提供 | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与 | 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 | 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス | 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(Ⅰ)(Ⅱ) | 1 あり | 2 なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 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 | |
| | 協力医療機関連携加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ) | 1 あり | 2 なし | |
| | A D L維持等加算(Ⅰ)(Ⅱ) | 1 あり | 2 なし | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 看取り介護加算(Ⅰ)(Ⅱ) | 1 あり | 2 なし | |
| | 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ) | 1 あり | 2 なし | |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅲ) | 1 あり | 2 なし |
| | 退居時情報提供加算 | 1 あり | 2 なし | |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | 1 あり | 2 なし | |
| | 生産性向上推進体制加算 | (Ⅰ) | 1 あり | 2 なし |
| | | (Ⅱ) | 1 あり | 2 なし |
| 介護職員等処遇改善加算(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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 救急車の手配 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 入退院の付き添い |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | 通院介助 |
| | 4 | その他 () |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人久仁会 明石同仁病院 |
| | 住所 | 兵庫県明石市魚住町清水 2183 番地 |
| | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、心療内科、眼科等 |
| | 協力内容 | 夜間緊急時は、当直医師による対応の実施 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 津川歯科診療所 |
| | 住所 | 兵庫県明石市大久保町大窪945-1 |
| | 協力内容 | 訪問診療、予約制を原則に診察、治療の実施 |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| 留意事項 | ①概ね 65 歳以上の方 ②日常生活が自立及び一部介助にて可能な方 ③常時医療的処置を必要としない方 ④自傷や他害の恐れがない方 | | | | |
| 契約の解除の内容 | ①入居契約書第 22 条（使用上の注意）の規定に違反した場合 ②入居契約書第 23 条（用途の制限）の規定に違反した場合 ③入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合 | | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第 25 条（甲の契約解除） | | | |
| | 解約予告期間 | 3 ヶ月（但し、入居契約書第 25 条第 2 項に該当の場合を除く） | | | |
| 入居者からの解除予告期間 | 1 ヶ月 | | | | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり（内容：7,000 円/1 泊 食事代別） | | | |
| | 2 | なし | | | |
| 入居定員 | 18 人 | | | | |
| その他 | | | | | |

(サービス提供等の記録の保存)

| | |
|----------|--|
| 記録の保存の内容 | 利用者に提供したサービスの内容等は帳簿に記録します。また、保存期間は利用契約終了日を起算日とし、5 年間とする。 |
|----------|--|

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 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 2 | 1 | 1 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 12 | 8 | 4 | 9.0 |
| 介護職員 | 9 | 7 | 2 | 6.7 |
| 看護職員 | 3 | 1 | 2 | 2.3 |
| 機能訓練指導員 | 3 | 1 | 2 | 0.3 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 0.3 |
| 栄養士 | 1 (委託) | | 1 (委託) | 1 (委託) |
| 調理員 | 5 (委託) | | 5 (委託) | 5 (委託) |
| 事務員 | 1 | | 1 | 0.1 |
| その他職員(宿直員) | 4 (委託) | | 4 (委託) | 1 (委託) |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | 40時間 |
| ※常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |

(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 | 1 | | 1 |
| 介護福祉士 | 7 | 6 | 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 | 1 | 1 | |

(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 | 3 | 1 | 2 |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語療法士 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| 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)

| 夜間帯の設定時間 (17時～9時) | | |
|-------------------|------|----------------|
| | 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 | 1人 | 1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 | 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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) | 2.0 : 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

(職員の状況)

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|---|-----|---------|-----|-------|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | |
| | 業務にかかる資格等 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 資格等の名称 (介護福祉士) 2 なし | | | | | |
| 区分 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | 1 | 2 | 2 | 1 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 2 | 2 | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | 4 | 1 | 1 | |
| 10年以上の者の人数 | | 1 | 2 | 3 | 1 | | 1 |
| 区分 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | | 1 | 2 | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 2 | | | | |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | 1 | 2 | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | 1 | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | | |
| 従業者健康診断の実施状況 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | | | | | |

6. 利用料金

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を 全て選択 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護度に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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 | 物価変動、人件費等を勘案し改定するものとします。 |
| | 手続き | 運営懇談会を開催し、意見を聴き、同意を得る。 |

（利用料金のプラン（代表的なプランを2例））

| | | プラン1 (Aタイプ) | プラン2 (Bタイプ) | |
|--|-------------------------------|--|--|---------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護2 | 要介護2 | |
| | 年齢 | 87歳 | 87歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 19.4 m ² | 25.0 m ² | |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 | |
| | 保証金 | 450,000円 | 500,000円 | |
| 特定施設入居者生活介護の費用例（要介護2の場合）（加算含まず） 介護給付費の単位：609単位/日、1単位：10.27円、月30日として計算 | | | | |
| 月額費用の合計（利用者負担1割の場合） | | 176,763円 | 196,763円 | |
| サービス費用 | 家賃 | 70,000円 | 90,000円 | |
| | 特定施設入居者生活介護 ^{*1} の費用 | 介護保険外 ^{*2} | | |
| | | 食費（3食30日として） | 48,000円 | 48,000円 |
| | | 管理費（光熱水費含む） | 40,000円 | 40,000円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| その他 | 都度払いサービス有 | 都度払いサービス有 | | |
| 月額費用の合計（利用者負担2割の場合） | | 195,526円 | 215,526円 | |
| 家賃 | | 70,000円 | 90,000円 | |

| | | | | |
|---|-------------------------------|----------------|-----------|-----------|
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | 37,526 円 | 37,526 円 |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 (3食 30日として) | 48,000 円 | 48,000 円 |
| | | 管理費 (光熱水費含む) | 40,000 円 | 40,000 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | その他 | 都度払いサービス有 | 都度払いサービス有 |
| 月額費用の合計 (利用者負担 3割の場合) | | | 214,289 円 | 234,289 円 |
| 家賃 | | | 70,000 円 | 90,000 円 |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | 56,289 円 | 56,289 円 |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 (3食 30日として) | 48,000 円 | 48,000 円 |
| | | 管理費 (光熱水費含む) | 40,000 円 | 40,000 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | その他 | 都度払いサービス有 | 都度払いサービス有 |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 介護保険給付費の自己負担が1割、2割、3割の場合の目安です。負担割合については、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に準じます。</p> <p>※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。）</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃 | 地代の賃借料、設備備品費、借入利息、等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。 |
| 保証金 | 月額利用料 (家賃+管理費+食費) 約3ヶ月分 ※契約終了後、入居者の責任による破損、汚損等を原状回復するための費用を控除し、残額を返還します。また、退去時、利用料等に遅滞がある場合には、補填に使用します。ただし、預かり期間中は無利息とします。 |
| 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 | 共用施設等の維持管理・修繕費、施設全体の光熱水費。 事務管理及び生活支援サービスの人件費・事務費。 |
| 食費 | 1日3食を提供するための費用。 1日合計1,600円 (朝食400円、昼食600円、夕食600円) 喫食分の実費を請求します。 ※食材費、栄養士による献立表の作成・配布、入居者の選択による食事メニューの提供、きざみ食等の加工、食堂への配膳及び下膳。 |
| 光熱水費 | 管理費に含まれます。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 (入居者の個別選択によるサービス一覧表) |

| | |
|-------------|--|
| その他のサービス利用料 | 電話基本料、電話通話料 |
| 注意事項 | 各居室のTVに係るNHK受信料は、入居者各位とNHK間の個別契約になります。この場合、受信料は利用料に含まれません。 |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

| 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 | 基本報酬及び前掲の加算の利用者負担分。 |
| 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（上乘せサービス） | — |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

7. 入居者の状況（記入日現在）

(入居者の人数)

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

(入居者の属性)

| | |
|--|-------|
| 平均年齢 | 89.4歳 |
| 入居者数の合計 | 15人 |
| 入居率 [*] | 83.3% |
| ※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に含む。 | |

(前年度における退居者の状況)

| | | |
|---------|----------|-------------------------------|
| 退居先別の人数 | 自宅等 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 2人 |
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 4人 |
| | | (解約事由の例) 介護施設への入居、医療機関への入院 |

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)

①事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

| | | |
|--------------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | はるかかの郷 受付 |
| 電話番号 | | 078-942-6668 |
| 対応している 時間 | 平日 | 8時30分～17時30分 |
| | 土曜日 | 8時30分～17時30分 |
| | 日曜・祝日 | 8時30分～17時30分 |
| 定休日 | | — |

②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 | | 明石市福祉局 福祉政策室福祉施設安全課 |
| 電話番号 | | 078-918-5279 |
| 窓口の名称 | | 明石市福祉局 高齢者総合支援室 |
| 電話番号 | | 078-918-5091 |
| 対応している 時間 | 平日 | 8時55分～17時40分 |
| | 土曜日 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土・日・祝祭日・年末年始 |

| | | |
|--------------|-------|----------------|
| 窓口の名称 | | 兵庫県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | 078-332-5617 |
| 対応している 時間 | 平日 | 8時45分～17時15分 |
| | 土曜日 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土・日・祝祭日・年末年始 |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 居宅サービス事業者賠償責任保険及び施設管理による施設賠償責任保険 加入 |
| | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) 事業者の責任により入居者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償します。但し、入居者の故意又は重大な過失が認められる場合は、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及び予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 意見箱 1回/月確認 |
| | | 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 | 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に配布 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 入居希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 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】 | 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 1 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 | |
| 明石市有料老人ホーム設置運営指導指針第5章「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 | | |
| 第6章「既存建物等の活用の特例」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 | |
| 明石市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類

別添1：事業主体が明石市内で実施する他の介護サービス一覧表

別添2：入居者の個別選択によるサービス一覧表

以上の内容について、老人福祉法第 29 条第 7 項の規定に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 月

《説明した者》

所属 はるかの郷

職名 施設長

氏名 橘 俊秀

《説明を受けた者》

住所 _____

氏名 _____

入居する者（ _____ ）との続柄：

※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 事業主体が明石市内で実施する他の介護サービス一覧表

| 介護サービスの種類 | | | 事業所名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|----------------|--------------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 訪問看護ステーション遙 | 兵庫県明石市魚住町清水 2184-1 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 明石同仁病院・エスポアール遙 | 兵庫県明石市魚住町清水 2183 |
| 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 | エスポアール遙・明石同仁病院 | 兵庫県明石市魚住町清水 2183 |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | エスポアール遙 | 兵庫県明石市魚住町清水 2183 |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <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 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 元氣村遙居宅介護支援センター | 兵庫県明石市魚住町清水 2184-1 |

| 介護サービスの種類 | | | 事業所名称 | 所在地 |
|-------------------|----|----|----------------|--------------------|
| < 居宅介護予防サービス > | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 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 | 訪問看護ステーション遙 | 兵庫県明石市魚住町清水 2184-1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 明石同仁病院・エスポアール遙 | 兵庫県明石市魚住町清水 2183 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | エスポアール遙・明石同仁病院 | 兵庫県明石市魚住町清水 2183 |
| 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 | エスポアール遙 | 兵庫県明石市魚住町清水 2183 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| < 地域密着型介護予防サービス > | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 元氣村遙居宅介護支援センター | 兵庫県明石市魚住町清水 2184-1 |
| < 介護保険施設 > | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | エスポアール遙 | 兵庫県明石市魚住町清水 2183 |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

別添2 入居者の個別選択によるサービス一覧表

| 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 |
|----------------------------------|--|----------------------------|------------------|------------------|--|----|----------|----|--------------------------------------|
| 区分 | 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(利用者が全額負担) | | | | 備考 | | | |
| | | 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 | | ○ | | | 実費負担 |
| 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(協力医療機関) | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 通院介助(協力医療機関以外) | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | ① 4km以内(片道)500円 ② 4km以上(片道)1,000円 |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | | 週2回 |
| 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 | | ○ | | | 行事食・治療食は別途実費負担 |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 1,500円/月 | | 月曜日～金曜日に提供 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 1,800円/回 | | 訪問理美容 |
| 買い物代行(通常の利用区域) | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 買い物代行(上記以外の区域) | なし | あり | なし | あり | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|--|---|--|---------------|
| 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 | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | | 年1回希望者対象、実費負担 |
| 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(協力医療機関) | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | 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 | | | | 遠隔地は除く |

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

※2:「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、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。

はるかの郷
特定施設入居者生活介護重要事項説明書

1. 事業者の概要

| | |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | 医療法人 久仁会 |
| 代表者職・氏名 | 理事長 西大條 公一 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒674-0074 兵庫県明石市魚住町清水 2183 番地 (電話)078-942-0305 (FAX)078-943-4841 |

2. 事業所(ご利用施設)

| | |
|---------|---|
| 名称 | はるかの郷 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 〒674-0074 兵庫県明石市魚住町清水 2183 番地 (電話)078-942-6668 (FAX)078-949-0668 |
| 事業所番号 | 2872003195 |
| 管理者氏名 | 橋 俊秀 |

3. 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

- ア) 高齢者が、常に安心且つ生きがいのある充実した生活を恒久的に営む事ができるよう、施設サービスを提供する。
- イ) 高齢者を取り巻く環境は、社会的な不安や医療保険・介護保険制度による規制により、その期待や要望などは、十分に満足のものではありません。「はるかの郷」では、高齢者のQOLに配慮し社会的問題、制度的問題に積極的に対応できるよう施設運営を試みます。

(2) 運営方針

- ア) 医療法人久仁会が供給する「はるかの郷」は、高齢者が安心して生活できる多様な住まいと生活環境を提供します。
- イ) 職員は常に知識と技術の研鑽に励み、サービスの質的向上を図るとともに品質に関わる全ての活動について継続的改善を図り、高齢者が幸せと安心を実感できるよう日々精進する。
- ウ) 少人数の高齢者が共同生活を共にすることで、一人暮らしの不安、閉じこもり等の弊害を防ぎ、お互いが助け合い交流を深められるよう形成支援を促進する。
- エ) 地域社会との交流を推進し、高齢者の生きがい作りの場を提供できるように配慮する。
- オ) 安定したサービスが提供できるよう常に経営の安定化を図る。

(3) その他

| 事 項 | 内 容 |
|---------------------|--|
| 特定施設サービス計画の作成及び事後評価 | 計画作成担当者が、利用者の直面している課題等を評価し、利用者の希望を踏まえて、特定施設サービス計画を作成します。 また、サービス提供の目標達成状況等を評価し、その結果を書面(サービス報告書)に記載して利用者に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 年間 12 単位のサービス向上等の研修を行います。 |
| 地域等との連携 | 年 1 回地域交流のため行事を行います。 |

4. 施設の概要

(1) 構造等

| | | |
|-----|------|--------------------------|
| 敷 地 | | 3,683.49 m ² |
| 建 物 | 構 造 | 鉄筋コンクリート造 地下 1 階 地上 4 階建 |
| | 延床面積 | 2,513.51 m ² |
| | 利用定員 | 18 名 |

(2) 主な設備

| 設 備 | 室数 | 面積(一人あたりの面積) | 備 考 |
|-------|----|--|----------------|
| 食 堂 | 1 | 36.9 m ² (2.05 m ²) | 機能訓練室と兼用 |
| 機能訓練室 | 1 | 36.9 m ² (2.05 m ²) | 食堂と兼用 |
| 浴 室 | 2 | 7.2 m ² /2 m ² | 大浴場(4F)/個浴(3F) |
| 一時介護室 | 1 | 12.4 m ² | |
| 健康管理室 | 1 | 10.6 m ² | |

5. 施設の職員体制

| 従業者の職種 | 職員数(実人数) | | | | | 常勤換算後の人数 | 職務の内容 |
|----------|----------|----|----|-----|----|----------|-----------|
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 管理者(施設長) | 1 | | 1 | | | 0.5 | 施設全般の管理 |
| 生活相談員 | 2 | | 1 | | 1 | 1.0 | 生活相談・支援 |
| 看護職員 | 3 | | 1 | | 2 | 2.3 | 健康管理 |
| 介護職員 | 9 | 5 | 2 | 1 | 1 | 6.7 | 生活介助・身体介護 |
| 機能訓練指導員 | 3 | | 1 | | 2 | 0.3 | 機能訓練・予防 |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 | | | 0.3 | サービス計画 |

6. 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休 暇 |
|----------|--|-----------------------------|
| 管理者(施設長) | 正規の勤務時間帯(8:30～17:30) 介護職員兼務 | 4週8休 1時間/日 |
| 生活相談員 | 正規の勤務時間帯(8:30～17:30) 計画作成担当者、介護職員兼務 | 4週8休 1時間/日 |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯(8:30～17:30) 機能訓練指導員兼務 | 4週8休 1時間/日 |
| 介護職員 | 日勤(8:30～17:30) 早出勤(7:00～16:00) 遅出勤(9:45～18:45) 夜勤(17:00～9:00) | 4週8休 1時間/日 4時間/夜勤 |
| 機能訓練指導員 | 看護職員兼務 | |
| 計画作成担当者 | 生活相談員、介護職員兼務 | |

7. 特定施設入居者生活介護の内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア) サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|-------------|--|
| 食 事 | 利用者の状況に応じ適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入 浴 | 利用者の状況に応じ適切な入浴介助を行うと共に、入浴の自立についても適切な援助を行います。 入浴回数は週2回以上とします。 |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じ適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 離床、着替え、整容等 | 寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 また、個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い身体機能の低下を防止するよう努めます。 |
| 健康管理 | 看護職員により利用者の状況に応じ適切な措置を講じます。 また、協力医療機関の医師、看護師による健康相談を実施し、健康についての理解を深めます。 外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来る限り配慮します。 |
| レクリエーション行事等 | 外出行事 年6回程度 室内行事 年6回程度 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |

イ) 費用

原則として、単位数表により算出した単位数×地域単価の利用者負担割合分(1割～3割)が利用者の負担額となります。

利用者が介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、事業者が法定代理受領サービスが行われない場合があります。その場合、利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。サービス提供証明書及び領収証は、後に利用者が利用料の償還払いを受ける時に必要となります。

【単位数表】(令和6年6月1日現在)

| 介護度 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 単位数 | 183 単位 | 313 単位 | 542 単位 | 609 単位 | 679 単位 | 744 単位 | 813 単位 |

※負担割合については、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に準じます。

※地域単価は、10.27 円(明石市6級地)となります。

【介護保険サービス利用料】

* 基本料(月額利用料は1単位:10.27円、月30日として計算)

| 介護度 | 単位/日 | 自己負担金額(月額) | | |
|------|--------|------------|----------|----------|
| | | 1割負担者 | 2割負担者 | 3割負担者 |
| 要支援1 | 183 単位 | 5,638 円 | 11,276 円 | 16,914 円 |
| 要支援2 | 313 単位 | 9,643 円 | 19,287 円 | 28,930 円 |
| 要介護1 | 542 単位 | 16,699 円 | 33,398 円 | 50,097 円 |
| 要介護2 | 609 単位 | 18,763 円 | 37,526 円 | 56,289 円 |
| 要介護3 | 679 単位 | 20,919 円 | 41,839 円 | 62,759 円 |
| 要介護4 | 744 単位 | 22,922 円 | 45,845 円 | 68,767 円 |
| 要介護5 | 813 単位 | 25,048 円 | 50,097 円 | 75,145 円 |

* 加算(月額利用料は1単位:10.27円、月30日として計算)

| 項目 | 単位 | 自己負担金額(月額) | | |
|-----------------|---|------------|---------|---------|
| | | 1割負担者 | 2割負担者 | 3割負担者 |
| 夜間看護体制加算(Ⅰ) | 18 単位/日 | 554 円 | 1,109 円 | 1,663 円 |
| 協力医療機関連携加算 | 100 単位/月 | 102 円 | 205 円 | 308 円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22 単位/日 | 677 円 | 1,355 円 | 2,033 円 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ) | 100 単位/月 | 102 円 | 205 円 | 308 円 |
| 退居時情報提供加算 | 250 単位/回 | 256 円 | 513 円 | 770 円 |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 単位/日 | 1,232 円 | 2,464 円 | 3,697 円 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 基本料と加算額の合計の110/1000に相当する額の(1割負担者は1割・2割負担者は2割・3割負担者は3割)が利用者負担額となります。 | | | |

(2)介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

| 種 類 | 内 容 | 利用料 |
|----------------|--|----------------------------|
| レクリエーション 行事 | 外出行事 年6回程度 室内行事 年6回程度 ※参加・不参加は任意です。 | 外出行事に要した費用の実費を ご負担戴きます。 |
| 日常生活品の購入 代行 | 日常生活品の購入がご自身で困 難な方は、歯ブラシ等日用品の購 入の代行をさせて戴きます。 | 購入代金をご負担戴きます。 |
| おやつ代 | 希望者のみ提供させて戴きます。 (提供日:月曜日～金曜日) | 1,500円(月額) |

8. 利用料等のお支払方法

利用料のお支払いは、利用者のご指定の銀行口座より自動引き落としさせて戴きます。自動引き落としの手続きが完了するまでは、末日締翌15日迄に「7. 特定施設入居者生活介護の内容と費用」に記載の金額を基に算定した利用料等を利用料明細書により請求致しますので、27日迄に下記口座に振込み送金してお支払い下さい。

みなと銀行 土山支店
普通預金口座(口座番号 6825899)
口座名義 医療法人 久仁会

※入金確認後、領収証を発行します。

9. サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1)事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

| | |
|------------|---|
| 当施設お客様相談窓口 | 窓口責任者 管理者 橘 俊秀 ご利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話(078-942-6668) 面接(当施設3F相談室) 御意見箱(3F/4Fに設置) |
|------------|---|

(2)上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等

| | |
|------------------------|--|
| 明石市福祉局 福祉政策室福祉施設安全課 | ご利用時間 8:55～17:40 (土日祝祭日・年末年始は除く) ご利用方法 電話(078-918-5279) |
| 明石市福祉局 高齢者総合支援室 | ご利用時間 8:55～17:40 (土日祝祭日・年末年始は除く) ご利用方法 電話(078-918-5091) |
| 兵庫県 国民健康保険団体連合会 | ご利用時間 8:45～17:15 (土日祝祭日・年末年始は除く) ご利用方法 電話(078-332-5617) |

10. 非常災害時の対策

| | | |
|--------|--|-------|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画に則り対応を行います。 | |
| 消防訓練 | 別途定める消防計画に則り年 2 回夜間及び昼間を想定した総合訓練(通報・消火・避難誘導)を行います。 | |
| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり |
| | 避難階段 | 2 箇所 |
| | 自動火災報知設備 | あり |
| | 非常警報設備 | あり |
| | 誘導灯 | 13 箇所 |
| | 防火扉・シャッター | 24 箇所 |
| | 屋内消火栓 | あり |
| | 消火器 | あり |
| | ガス漏れ探知機 | なし |
| 防火計画等 | 明石市消防署への届出日:令和 5 年 10 月 3 日 防火管理者:井上 真一 | |

11. 緊急時等における対応方法

利用者に急変等があった場合は、速やかに利用者の主治医、緊急連絡先(ご家族等)への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、下記**12. 協力医療機関等**と連携し「夜間・事故・緊急時(24時間)対応マニュアル」に則り、必要な措置を講じるものとする。

12. 協力医療機関等

| | | |
|--------|----------|--|
| 医療機関 | 病院名及び所在地 | 医療法人 久仁会 明石同仁病院 兵庫県明石市魚住町清水 2183 番地 |
| | 電話番号 | 078-942-0305 |
| | 診療科 | 内科・心療内科・外科・整形外科・眼科 |
| | 入院設備 | 医療療養型 |
| 歯科医療機関 | 病院名及び所在地 | 医療法人社団 津川歯科診療所(訪問診療) 兵庫県明石市大久保町大窪 945-1 |
| | 電話番号 | 078-938-1022 |

13. 一時介護室の利用条件・手続

利用者のより適切な介護のため、必要とする場合には一時介護室において利用者を介護します。その必要性の判断は、利用者の主治医若しくは協力医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。なお、緊急の場合で医師の意見を事前に求めることができなかつたときは、事後速やかに医師の意見を聞き、適切な措置をとります。その判断に際し、利用者又は利用者の家族等の意見を聞くこととします。

14. サービス提供等の記録の保存

利用者に提供したサービスの内容等は帳簿に記録します。また、保存期間は利用契約終了日を起算日とし、5年間とします。

15. 施設の利用にあたっての留意事項

| | |
|-------------|---|
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。 |
| 喫煙 | 施設・敷地内全域、禁煙です。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。 また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないで下さい。 |
| 所持金品の管理 | 所持金品は、自己の責任で管理して下さい。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。 |
| 動物の飼育 | 施設内へのペットの持込み及び飼育はお断りします。 |

16. 施設入居・利用契約

施設の運営については、利用者と事業者との間で結ばれた施設入居・利用契約に従います。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、特定施設入居者生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 兵庫県明石市魚住町清水 2183 番地
事業者(法人)名 医療法人 久仁会
施設名 はるかの郷

代表者職名 理事長
氏名 西大條 公一 印

説明者 職 名 管理者
氏 名 橘 俊秀 印

私は、重要事項説明書に基づいて、特定施設入居者生活介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

代理人(選任した場合) 住 所
氏 名 印