

重要事項説明書

記入年月日	令和5年10月25日
記入者名	櫻井 要人
所属・職名	代表取締役社長

注 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1, 2, 3, 6（*印）の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやびゅーていふるらいふ 株式会社ビューティフルライフ	
主たる事務所の所在地	〒386-0034 長野県上田市中之条120-1	
連絡先	電話番号	0268-75-7252
	FAX番号	0268-75-7452
	ホームページアドレス	http://www.ichigoichie-kaigo.com/
	電子メールアドレス	info@ichigoichie-kaigo.com
代表者	氏名	櫻井 要人
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 25年6月21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	(ふりがな) ちいきみつちやくがたとくていゆうりょうろうじんほーむ いちごいちえべっしょ 地域密着型特定有料老人ホーム 一期一会別所
所在地	〒386-1431 長野県上田市別所温泉214

主な利用交通手段	最寄駅	別所温泉駅
	交通手段と所要時間	電車：上田交通別所線 駅から徒歩 10 分
連絡先	電話番号	0 2 6 8 - 7 5 - 5 6 6 8
	FAX番号	0 2 6 8 - 7 5 - 5 6 6 7
	ホームページアドレス	http://www.ichigoichie-kaigo.com/
	電子メールアドレス	bessyo@ichigoichie-kaigo.com
管理者	氏名	塩沢 大介
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 2 4 年 7 月 1 6 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 2 9 年 2 月 1 日

(類型)【表示事項】

1 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	2 0 9 0 3 0 0 3 9 9
	指定した自治体名	上田市
	事業所の指定日	平成 2 9 年 2 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	7 0 8 . 8 8 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 (平成 年 月 日～令和 年 月 日) 2 なし	
建物	延床面積	全体	9 9 3 . 4 5 m ²
		うち、老人ホーム部分	9 9 3 . 4 5 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 (平成 年 月 日～令和 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="radio"/> 1 全室個室 2 相部屋あり				
		最少	2 9 人部屋			
		最大	2 9 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	14.0 m ²	2 9	一般居室個室
	タイプ2	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	14.0 m ²	1	一時介護室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「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。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)	3.0 m	その他の廊下	m		
共用施設	共用便所における便房	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	9ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	9ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
ストレッチャー浴			1ヶ所			

			その他 ()	0ヶ所
	食堂	① あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	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	
	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	
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>地域密着型特定施設入居者生活介護の提供に当たって、事業所の生活相談員等は、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。</p> <p>2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p>
サービスの提供内容に関する特色	季節に応じた行事の開催や外出の機会と、有償にて付き添い、代行サービスを行っています。
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、掃除等の家事の供与	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	
	介護職員処遇改善加算	1 あり 2 なし	
	介護職員等特定処遇改善加算	1 あり 2 なし	
	介護職員等ベースアップ加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門	(I)	1 あり 2 なし
	ケア加算	(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	
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 ()		
	※ 入退院や通院・救急搬送等、職員がお付き添いする場合は、費やした時間にて自費サービスが発生致します。(別紙参照)		
協力医療機関	1	名称	わかた内科医院
		住所	長野県上田市新町180-1
		診療科目	内科
		協力内容	診療、医療相談

	2	名称	きらり在宅診療所
		住所	上田市天神 2-1-22
		診療科目	精神科、心療内科、内科
		協力内容	往診、医療相談
	3	名称	塩田病院
		住所	上田市中野 29-2
		診療科目	内科、外科
		協力内容	往診、医療相談
協力歯科 医療機関	1	名称	桜井歯科医院
		住所	長野県上田市福田 34-2
		協力内容	診察、医療相談
	2	名称	グリーン歯科
		住所	長野県上田市中丸子 1408
		協力内容	往診、医療相談

(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>ご利用者様同士の金品・物品及び、食べ物等のやりとりに関する事故について、当施設では一切責任を負いかねます。</p> <p>契約後は居室の変更は、原則行うことが出来ません。体調等の止むを得ない事情で変更する場合は、本契約を解約後、再度契約して頂く必要があります。</p>		
契約の解除の内容	<p>30 日前に解約の申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。</p> <p>規定にかかわらず、解約申入れの日から 30 日分の賃料及び状況把握・生活相談サービス料金（本契約の解約後の賃料相当額及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を含む。）を支払うことにより、解約申入れの日から起算して 30 日を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができます。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>ご利用者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法ではこれを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが、社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができるも</p>	

		<p>のとします。</p> <p>前項の場合事業者は次の手続きを行うものとする。</p> <p>① 一定の観察期間をおくこと</p> <p>② 主治医及び状況把握・日常生活相談サービス提供スタッフ等の意見を聞くこと</p> <p>③ 契約解除の通告について60日の予告期間をおくこと</p> <p>④ 前号の通告に先立ち、入居者本人の意思及び身元引受人の意見を聞くこと</p>
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	<p>1 あり (内容：1日、1週間、1ヶ月単位で実施)</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		29人
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（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	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	12	12	0	12.0
介護職員	9	9	0	9.0
看護職員	3	3	0	3.0
機能訓練指導員	3	3	0	3.0
計画作成担当者	1	0	1	0.6
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	1	0	1.0
その他職員	3	0	3	0.9
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40

※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。

(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	0
介護福祉士	9	9	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	1	1	0
介護支援専門員	1	0	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	3	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16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 (一般型特定施設以外の場)	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
--	-----------------------	--

合、本欄は省略可能)	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		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	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の 退職者数	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
応じた 業務に 従事 した 職員の 人数 の 経験 年数 に	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	3年以上 5年未満	0	0	3	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	1	0	6	0	1	0	1	0	0	1
	10年以上	2	0	0	2						
従業者の健康診断の実施状況		1 あり 2 なし		採用時に		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 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	1 全額前払い方式

【表示事項】	2 一部前払い・一部月払い方式	
	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 ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② なし	
月途中の入退去又は入院等による不在時における利用料金（日割払い）の取扱い	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 入居契約期間中における、不在期間については「家賃」「管理費」「リネン費」をご請求致します。 ※不在期間：入院・長期外泊・旅行等における当該施設の不在期間をいいます。 2月途中の入退去に関し、上記日割り料金（1日2,910円）に加え、その他費用（食費、食事形態費、オプション利用費）の日割り計算額を加えた金額を徴収致します。	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数、雇用情勢、その他の経済事情の変更、その他事情により状況把握・日常生活相談サービス並びにその他有料サービスの料金が不当になった場合には協議の上、状況把握・日常生活相談サービス並びにその他有料サービスの料金を変更することができるものとする。
	手続き	了承の上、再契約

（居室保全維持保障費について）オプションサービス

費目	内容
居室保全維持保障費（希望者）	<p>165,000円（税込）</p> <p>1 居室保全維持保障費とは、入居前に一定の金額をお預かりし、居室利用に伴う消耗、又は居室内設備・物品の破損・故障による修繕等に使用する費用をいう。</p> <p>2 希望される場合は、入居日までに居室保全維持保障費を事業所へ預けるものとする。</p> <p>3 入居から4ヶ月以内は、下記の割合により居室保全維持保障費用から居室修繕費を償還するものとする。</p> <p>4 4ヶ月経過された入居者については、居室保全維持保障費を居室修繕費として全額償還するものとし、4ヶ月経過後、如何なる居室内設備の破損・故障については全額、事業所にて保全・修復するものとする。</p>

	5 退居に伴う居室修繕・クリーニング費用についても、居室保全維持保障費より賄うものとする。
1年未満に伴う償還についての割合について	
入居日から2ヶ月未満の利用	居室保全維持保障費より40%を償還 (66,000円を返金)
2ヶ月以上4ヶ月未満の利用	居室保全維持保障費より20%を償還 (33,000円を返金)
4ヶ月以上の利用	償還なし

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠								
家賃	36,000円(利用権方式)								
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 45,000円/1ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・運営費(人件費) ・水道光熱費(洗面所、施設内の廊下、浴室等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料、清掃費等、個室電気料) ・共有設備維持費 ・事務費 								
食費(税抜) 63,000円/1ヶ月	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px;">朝</td> <td style="text-align: right;">600円/1食</td> </tr> <tr> <td>昼</td> <td style="text-align: right;">700円/1食</td> </tr> <tr> <td>夕</td> <td style="text-align: right;">700円/1食</td> </tr> <tr> <td>おやつ</td> <td style="text-align: right;">100円/1食</td> </tr> </table>	朝	600円/1食	昼	700円/1食	夕	700円/1食	おやつ	100円/1食
朝	600円/1食								
昼	700円/1食								
夕	700円/1食								
おやつ	100円/1食								
食事形態費(税込) キザミ食 3,000円/月 特別食 3,000円/月	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下状態に応じた食事形態への加工に関わる費用 ・毎月1日の形態により1か月分を請求 ※食事形態変更の際は、事前にご連絡致します。								
リネン費(税抜) 6,000円/1ヶ月	ベッド、布団類のレンタル、毎週1回のシーツ類配布								
消耗品費(税抜) 1,000円/1ヶ月	洗濯洗剤、清掃に係る洗剤類、清掃用具に係る消耗品一式の費用								
居室燃料費(税込) 1,000円/1ヶ月 ※冬季11~3月のみ 3,000円/1ヶ月	居室にかかる冷房・暖房費になります。 ※11月~3月の期間は3,000円/1ヶ月となります。								
利用者の個別的な選択に	別添2(個別選択による介護サービス一覧表)								

よるサービス利用料	
※1 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らないこと。	
※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。	

（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	1	5	
	年齢	88歳	92歳	
居室の状況	床面積	14㎡	14㎡	
	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	
月額費用の合計		171,074円	180,038円	
家賃		36,000円	36,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	19,074円	28,038円	
	介護保険外※2	食費	63,000円	63,000円
		管理費	45,000円	45,000円
		介護費用	0円	0円
		居室冷暖房費	1,000円	1,000円
		リネン費	6,000円	6,000円
	消耗品費	1,000円	1,000円	
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。（1割負担の金額を明示）				
※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）				

（介護保険により提供するサービスの基本料）※1割負担の場合

要介護1	1日の利用料	542円	1ヶ月の利用料 (30日計算)	16,260円
要介護2		609円		18,270円
要介護3		679円		20,370円
要介護4		744円		22,320円
要介護5		813円		24,390円
内容 特定施設サービス計画に基づいた、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上のお世話、機能訓練及び療養上のお世話・利用者に必要な食事・入浴・排泄等の介助全般。居室の清掃・衣類				

の洗濯。

- ・健康管理（毎日のバイタルチェック）
- ・服薬管理
- ・安否確認（朝・昼・夕の食事時、10:00、15:00、夜間は必要に応じ1回～3回）
- ・ナースコール対応
- ・生活相談

（その他介護保険サービス加算）※1割負担の場合

看取り介護加算	死亡日以前31日以上45日以下		72円	
	死亡日以前4日以上30日以下		144円	
	死亡日以前2日又は3日		680円	
	死亡日		1,280円	
※夜間看護体制加算	1日の利用料	10円	1ヶ月の利用料（30日計算）	300円
退院・退所時連携加算 （30日以内）	1日の利用料	30円	1ヶ月の利用料（30日計算）	900円
※サービス提供体制 強化加算Ⅰ	1日の利用料	22円	1ヶ月の利用料（30日計算）	660円
※医療機関連携加算（1カ月14日以上在籍）			1ヶ月の利用料	80円
※処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月分全体の加算に対し0.082掛け			
※特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月分全体の加算に対し0.018掛け			
※ベースアップ加算	1ヶ月分全体の加算に対し0.015掛け			

※印の加算につきましては入居時より算定させていただきます。

（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	1割又は2割負担又は3割負担
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）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7. 入居者の状況

（入居者の人数）

性別	男性	11人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人

	75 歳以上 85 歳未満	6 人
	85 歳以上	21 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	7 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	5 人
	5 年以上 10 年未満	16 人
	10 年以上 15 年未満	0 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	85 歳
入居者数の合計	29 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に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	13 人
	医療機関	1 人
	死亡者	8 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0 人
		(解約事由の例)

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		苦情相談窓口
電話番号		0268-75-5668
担当者		若林 亮太
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日祝祭日
窓口の名称		上田市高齢者介護課
電話番号		0268-23-5140
対応している 時間	平日	8:30~17:15
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日祝祭日
窓口の名称		長野県国民健康保険団体連合会
電話番号		026-238-1580
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土日祝祭日

(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)
	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	1 あり	実施日	月末
		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	

	結果の開示	1 あり	2 なし
	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="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり	(開催頻度) 年6回
	2 なし	
	<input type="radio"/> 1 代替措置あり <input type="radio"/> 2 代替措置なし	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	

指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	
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	

10. 金銭管理について

金銭の管理については基本、御利用者様に行って頂きます。御利用者様の身体の状態により、ご本人の金銭管理が困難でありかつ、御家族様が遠方などの理由による場合、当施設にて立替金により管理を行い、月末締めにて利用料と合わせご請求致します。

11. オムツ類・日用品の取り扱いについて

当施設でご利用に必要なオムツ類・日用品の使用については原則、廃棄物回収業者との提携により、当施設が販売する物品（別紙料金表を参照）に限らせて頂きます。使用した物品を月末に集計させて頂き、ご利用料と一緒にご請求させて頂きます。

12. 喫煙について

当施設内での喫煙はお断りさせていただきます。喫煙する方は施設が設ける喫煙専用スペースにて喫煙するものとする。

喫煙の有無	有 ・ 無
-------	-------

13. 飲酒について

飲酒についてはご家族、医療機関、当施設との協議するものとする。

飲酒の有無	有 ・ 無
-------	-------

14. 共有スペースについて

共有スペース（食堂、入浴場）については、各スペースに掲示されている利用時間内での利用とさせて頂きます。

15. 感染症に対する予防接種の実施について

施設での集団生活となり、インフルエンザ等の感染拡大の恐れがある為、主治医の指示により原則、毎年の予防接種を受けて頂くこととなります。疾患や体質により主治医より予防接種が困難と指示があ

る場合は、入居前に報告して頂きます。

16. 感染拡大（クラスター）について

当施設では行政の指導により、感染対策に努めていますが、クラスターが発生した場合の体調変化による受診又は入院に関わる費用については、ご入居者負担とさせていただきます。その際の通院や入退院に関わる送迎等は、感染防止の為、職員による自費サービスの利用となります。

流行ウイルス感染により後遺症が残る又は死亡に至った場合でも、当施設の職員に重大な過失がある場合を除き、損害賠償の対象外となります。

17. 留意事項

ご利用者様同士の金品・物品及び、食べ物等のやりとりに関する事故について、当施設では一切責任を負いかねます。

ご利用者様・ご家族様からの、当施設並びに職員への贈り物等のお心遣いは、ご遠慮させていただきます。

契約後は居室の変更は、原則行うことが出来ません。体調等の止むを得ない事情で変更する場合は、本契約を解約後、再度契約して頂く必要があります。

18. 重度化した場合の対応について

1. 当施設における重度化対応に関する考え方

重度化された場合の対応にあたっては、介護方法、治療等についてご本人の意思ならびに、ご家族の意向を最大限に尊重して行わなければなりません。対応する上で、利用者と事業者との間で話し合いを行い、相互に同意された内容については確認をとりながら、多職種協働によりご本人およびそのご家族への継続的支援を図ります。

また、重度化された場合における対応に定められた内容を遂行するため、医療機関等との連携およびチームケアを推進することにより取り組みを行います。

(1) 環境の変化の影響を受けやすい利用者が、「その人らしい」生活を送ることができるように、尊厳ある生活を保ち、「生活の質」が最高のものとして実現できるケアに努めます。

(2) できる限り当施設においての生活が継続できるよう、日常的に健康管理には留意し、万が一医療的ニーズが発生した場合には適切な対応がとれるよう、医療との連携を図ります。

※やむを得ず、当施設での生活の継続が困難となった場合は、ご本人・ご家族への説明・同意を得て、次の生活拠点の確保とスムーズな拠点移動ができるよう配慮します。

2. 重度化対応の体制

(1) 医療との連携体制

重度化に伴う医療ニーズに応えるため、協力医療機関とともに、即応出来る連携体制を確保します。

① 看護職員の体制

看護職員は、地域密着型特定有料老人ホーム一期一会別所に配置、勤務する者です。内容は利用者に対する日常的な健康管理、通常時および急性期における医療機関等との連絡・調整等です。

②急性期における医療機関との連携体制

急変時は契約時に指定して頂いた主治医へ連絡し、指示を頂きます。また協力医療機関との連携体制もとれています。夜間等、主治医又は協力医療機関との連携が図れない場合、看護師の指示の下、救急搬送にて対応致します。

協力医療機関

名称	わかた内科医院
住所	長野県上田市新町 180-1
診察内容	内科
連絡先	0268-38-2540
名称	きらり在宅診療所
住所	長野県上田市天神 2-1-22
診察内容	精神科、心療内科、内科
連絡先	0268-71-8686
名称	塩田病院
住所	長野県上田市保野 29-2
診察内容	内科、外科
連絡先	0268-38-2221

(2)多職種協働によるチームケアの体制

職種の専門性に基づくアプローチから、チームケアを行うことを基本とし、それぞれの果たすべき役割に責任をもって対応します。

①重度化に伴うケア計画の作成

重度化しても「その人らしい」生活を送ることができるよう、生活支援ニーズの変化に応じてケア計画を作成し、ご本人・ご家族とともに生活支援の目標を定めます。

②ケア計画に沿ったケアの実施

ご本人・ご家族とともに作成したケア計画に基づき、一人ひとりの心身の状態に応じた、適切なケアの提供に努めます。

③家族・地域との連携

家族および地域住民とのネットワークの支えにより、重度化しても尊厳ある生活を保ち、「生活の質」が維持できるよう家族・地域との連携に努めます。

3. 重度化対応に関する各職種の役割

(管理者)

- ・看取り介護の総括責任者の任命
- ・職員への指針の徹底

・職員に対する教育・研修

(看護職員)

- ・主治医または協力病院との連携
- ・重度化に伴い起こりうる処置への対応
- ・疼痛の緩和
- ・緊急時の対応
- ・定期的なカンファレンスへの参加
- ・心身の状態のチェックと経過の記録

(計画作成担当者)

- ・継続的な家族支援
- ・他職種とのチームケアの確立
- ・定期的なカンファレンスへの参加
- ・緊急時の対応

(介護職員)

- ・きめ細やかな食事、排泄、清潔保持の提供
- ・身体的、精神的緩和ケア
- ・コミュニケーション
- ・心身の状態のチェックと経過の記録
- ・定期的なカンファレンスへの参加

4. 看取り介護への対応

ご本人およびご家族との話し合いや意思の確認をし、当施設で看取り介護を実施する場合は、その受入の可否を含めて検討し、体制を整えこれに対応します。

5. 職員に対する教育・研修

利用者の重度化に対応するための介護技術、専門知識の習得を目的とし、介護の質の向上を目指し教育、研修を実施します。そのため、施設内の研修会開催や外部研修会の積極的参加を推進します。

- ①重度化に伴うケアの知識と技術
- ②重度化に伴い起こり得る機能的・精神的変化への対応
- ③チームケアの充実
- ④看取り介護に関する対応
- ⑤重度化対応ケアの振り返り（検証）

6. 入院中（不在期間）における費用の取り扱い

入居契約時、重要事項説明書に定められた費用をお支払い頂きます。

19. 看取り（終末期ケア）について

1 目的

利用者及び利用者の御家族が希望される場合には、加齢に伴う機能低下や病気・外傷による回復不能など、利用者の容態が悪化された場合に、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかで、安らかな日々を過ごしていただくための精神面のケアを中心にした看取りを実施します。

2 対象

- (1) 看取りについて充分理解し看取りについて同意があった利用者
- (2) 慢性疾患や加齢に伴う機能低下により心身が衰弱し、医学的に回復の見込みがないと医師に診断される状態にある利用者

3 基本姿勢

- (1) 利用者の人生の歴史を尊重した上でケアを実践します。
- (2) 利用者の御家族の思いや願いを汲み取る姿勢で臨みます。
- (3) 利用者と御家族の思いが食い違う場合には、利用者の思いを最優先します。
- (4) 一貫したケアに努めます。
- (5) QOL（Quality of Life：生活の質）を損なわないように、苦痛の除去、安楽で安心を感じるケアを目指します。
- (6) 利用者とともに御家族の精神的負担への対応を意識して実施します。

4 実施内容

- (1) 当施設は、利用者並びに御家族に対し、当施設における看取りの目的を明確にし、必要が生じた場合は、意思確認をして同意を得ます。
- (2) 医師により医学的に回復の見込みがないと判断された時点から終末期ケアを開始します。
- (3) 看取りの実施に当たっては、ケアに携わる全職員が統一した認識を持って計画を策定し、利用者並びに御家族に対し、十分な説明を行い、同意を得ます。また、必要に応じて適宜計画の見直しや変更の際には、利用者または御家族に対し説明し同意を得ます。

5 実施にあたって

(1) 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、一時介護室を提供する等、その人らしい人生を全うしていただくための環境整備に努めます。また、御家族の面会や付き添い等の協力体制に対し、出来る範囲内での設備器具を提供します。

(2) 施設内の連携体制

看取りの実施に当たっては、関わる全ての職員で情報の共有化を図り、協力体制を築きます。

協力体制のもと、利用者の安らかな状態を保つように状態把握に努め、随時カンファレンスを行いながら、必要なケアを提供します。

(3) ケアに関わる以下の記録を整備します。

- ① 終末期ケアについての同意書
- ② 医師の指示書
- ③ 終末期ケア計画書
- ④ 経過観察記録
- ⑤ ケアカンファレンスの記録
- ⑥ 臨終期の記録
- ⑦ 終末期ケア終了時のカンファレンスの記録

(4) 職員教育

よりよいケアを行うため、死生観に関する研修等を行い、看取りについての理解を深めることに努めます。

(5) 役割分担

①管理者

- ・総括

②医師

- ・終末期ケアへの移行段階の判断
- ・家族への説明
- ・緊急時や夜間帯の対応と指示
- ・協力病院との連絡調整
- ・カンファレンスの参加
- ・死亡確認、死亡診断書等の作成

③相談員や介護支援専門員

- ・終末期ケア計画書の作成
- ・継続的な家族支援
- ・緊急時のマニュアル作成と周知
- ・カンファレンスへの参加と記録
- ・死後のケアとしての家族支援と身辺整理

④その他職員

- ・きめ細やかな食事、排泄、清潔保持の提供
- ・身体的、精神的な緩和ケア
- ・カンファレンスへの参加
- ・状態観察と経過観察記録や臨終期記録への記載

6 看取りに関する研修

職員に対し以下の内容について教育します。

- ① 看取りの理念
- ② 死生観
- ③ 看取り期に起こりうる変化と対応
- ④ 夜間及び緊急時の対応

- ⑤ チームケアの充実
- ⑥ 家族支援
- ⑦ 検討会

平成29年2月1日より施行
平成30年4月1日より変更
令和1年7月1日より変更
令和1年10月1日より変更
令和3年1月1日より変更
令和3年4月1日より更新
令和4年1月15日より更新
令和4年4月1日より更新
令和5年1月1日より更新

20. 主治医と連絡先

主治医 (1)	病 院 : _____ 医師名 : _____ 電 話 : _____
主治医 (2)	病 院 : _____ 医師名 : _____ 電 話 : _____

21. 緊急連絡先 ※ (原則 2 人以上)

緊急連絡先 (1)	氏 名 : _____ 続 柄 () 連絡先 : _____
緊急連絡先 (2)	氏 名 : _____ 続 柄 () 連絡先 : _____
事故報告の連絡の有無 ※外傷・体調不良以外の 事故報告に限る	する ・ しない

上記緊急以外のご連絡をメールにてさせていただきます。

メール又はLINEでの連絡	する ・ しない
施設からのメールがセキュリティによりブロックされる可能性がありますので、初回は緊急連絡先へ当施設よりショートメールを送信させていただきます。ショートメール内にある施設アドレスをご登録して頂き、返信後にご登録とさせていただきます。	

個人情報使用同意書

私は、地域密着型特定有料老人ホーム 一期一会 別所が、次に記載するところにより、利用者に関わる個人情報を使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 利用者がケアプランに沿って、円滑に介護サービスを受けることができるように、サービス担当者会議、介護支援専門員とサービス提供事業者との連絡調整等において必要な場合。
- (2) 入院・通院時の医療機関への情報提供や、行政関係において必要な場合。
- (3) 外部監査機関、評価機関等への情報提供や損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等において必要な場合。

2 使用する期間

契約開始時から、契約終了時まで。

3 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることの無いように細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。
- (3) 私(利用者及びその家族)より、個人情報の開示、訂正、使用停止及び消去の請求があった場合には、法令に基づき速やかに対応いたします。

◎ 顔写真使用の許可の有無 (許可 ・ 不可)

顔写真のホームページ掲載、施設内での顔写真の掲示、外部マスメディアへの顔写真の掲示に使用します。

上記の契約及び重要事項説明書、個人情報使用の同意、重度化・看取りへの対応を証するため、本書2通を作成し、入居者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとする。

(1) 締結日及び入居予定日

契約締結日	令和 年 月 日
入居予定日	令和 年 月 日

(2) 居室

居室番号	号室
------	----

(3) 契約当事者

入居者名(以下「入居者」という。)	入居者 氏名： _____ 印
株式会社ビューティフルライフ (以下「事業者」という。)	株式会社 ビューティフルライフ 所在地 長野県上田市中之条120 代表取締役社長 櫻井 要人 印

(4) 連帯保証人等の表示

連帯保証人	入居者の連帯保証人① 住所： _____ 氏名： _____ 印
	入居者の連帯保証人② 住所： _____ 氏名： _____ 印
契約立会人等の第三者 (該当者がある場合)	住所： _____ 氏名： _____ 印
	住所： _____ 氏名： _____ 印

別添 1 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	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		
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	一期一会中之条	上田市中之条120
地域密着型通所介護	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		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<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		
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		
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		
<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		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

地域密着型特定有料老人ホーム一期一会別所が提供するサービスの一覧表

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	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）			包含※2	都度※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり	なし				
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		○			種類により料金を細分化している
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		○			上田市内
生活サービス									
居室清掃・洗濯	なし	あり	なし	あり	○				
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				
消耗品費（洗剤類等）	なし	あり	なし	あり	○				1,000円/月
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					キザミ食 3,000円/月 特食 3,000円/月
おやつ			なし	あり	○	○			
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○			1回 2,000円
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○			60分 1,000円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○			60分 1,000円
立替払サービス			なし	あり	○				2,000円/月
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		○			60分 1,000円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○			60分 1,000円
緊急時の救急搬送の同行	なし	あり	なし	あり		○			60分 1,000円
通院の同行	なし	あり	なし	あり		○			60分 1,000円

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2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。