

重要事項説明書

記入年月日	2023年07月01日
記入者名	川船 真嗣
所属・職名	施設運営部

1 事業主体概要

名称	(ふりがな)かぶしきかいしゃそうごういりょうさーびすはーもにー 株式会社総合医療サービスハーモニー		
法人番号	1200-01-173982		
主たる事務所の所在地	〒 530-0044 大阪市北区東天満1-11-13		
連絡先	電話番号／FAX番号	06-6232-8248 / 06-6232-8249	
	メールアドレス	harmony.kanri@gmail.com	
	ホームページアドレス	http:// harmony-medical.co.jp/	
代表者（職名／氏名）	代表取締役 / 沼津 博樹		
設立年月日	平成 24年11月8日		
主な実施事業	※別添1（別の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)じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ はーもにーさかいにし 住宅型有料老人ホーム ハーモニー堺西		
届出・登録の区分	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		
有料老人ホームの種類	住宅型		
所在地	〒 593-8316 大阪府堺市西区山田二丁189番8		
主な利用交通手段	阪和線鳳駅前から南海バス南山田下車徒歩4分		
連絡先	電話番号	072-290-7541	
	FAX番号	072-290-7551	
	メールアドレス	harmony.kanri@gmail.com	
	ホームページアドレス	http://	
管理者（職名／氏名）	施設長 / 仮家 芳彦		
有料老人ホーム事業開始日／届出受理日	平成 31年4月1日	/	平成 31年4月2日

3 建物概要

土地	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間				～				
	面積	830.00 m ²							
建物	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間				～				
	延床面積	1,588.9 m ² (うち有料老人ホーム部分		1,588.9 m ²)					
	竣工日	平成	31年3月			用途区分	有料老人ホーム		
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合：					
	構造	鉄骨造		その他の場合：					
	階数	3階		(地上	3階、地階		階)		
	サ高住に登録している場合、登録基準への適合性								
居室の状況	総戸数	50戸		届出又は登録(指定)をした室数				()	
	部屋タイプ	トイレ	洗面	浴室	台所	収納	面積	室数	備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等)
	一般居室個室	○	○				11.21	50	1人部屋
共用施設	共用トイレ	2ヶ所		うち男女別の対応が可能なトイレ				0ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ				1ヶ所	
	共用浴室	個室	5ヶ所		ヶ所				
	共用浴室における介護浴槽	機械浴	1ヶ所		ヶ所				その他：
	食堂	1ヶ所		面積	131.0 m ²		入居者や家族が利用できる調理設備	なし	
	機能訓練室	ヶ所		面積	m ²				
	エレベーター	あり(ストレッチャー対応)						2ヶ所	
	廊下	中廊下	2.1 m		片廊下	m			
	汚物処理室	3ヶ所							
	緊急通報装置	居室	あり	トイレ	あり	浴室	あり	脱衣室	あり
通報先		スタッフルーム		通報先から居室までの到着予定時間				3分以内	
その他									
消防用設備等	消火器	あり	自動火災報知設備	あり	火災通報設備	あり			
	スプリンクラー	あり	なしの場合(改善予定時期)						
	防火管理者	あり	消防計画	あり	避難訓練の年間回数	2回			

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針		介護を必要とする高齢者・障がいをお持ちの方が入居し、継続的に生活が送れるように支援するとともに、24時間365日職員等が滞在して安心・安全な生活が送れるように配慮していく。
サービスの提供内容に関する特色		医療等の連携による健康管理の徹底と急変時には迅速な対応に資する。
サービスの種類	提供形態	委託業者名等
入浴、排せつ又は食事の介護	委託	株式会社メディカルケア堺
食事の提供	委託	ミストラルHD株式会社
洗濯、掃除等の家事の供与	委託	株式会社メディカルケア堺
健康管理の支援(供与)	委託	株式会社メディカルケア堺
状況把握・生活相談サービス	委託	株式会社メディカルケア堺
提供内容		・状況把握サービスの内容: 毎日1回以上、居宅訪問等による安否確認・状況把握(声掛け)を行う。 ・生活相談サービスの内容: 日中、随時受け付けており、相談内容が専門的な場合、専門機関等を紹介する。
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診	提供方法	
利用者の個別的な選択によるサービス		※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)
虐待防止		①責任者は、施設長です。 ②従業者に対し、虐待防止研修を実施している。 ③職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。
身体的拘束		①身体拘束は原則禁止としており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間(最長で1カ月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただく。(継続して行う場合は概ね1カ月毎行う。) ②経過観察及び記録をする。 ③1カ月に1回以上、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体(ケース会議含む)で身体拘束等の廃止に取り組む。
身体拘束等適正化委員会の責任者・開催月		(職名)施設長 (氏名)仮家 芳彦 (開催月)(平成 31年度中) 8月 11月 2月 (内容の職員への周知方法) 掲示または議事録
身体拘束等の適正化のための指針の整備状況		(整備年月日) 平成 31年 4月 1日
身体拘束等の適正化のための研修の実施状況		(開催頻度) 1回/年 (直近の実施年月日) 平成 年 月 日

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

医療支援	救急車の手配	
	その他の場合:	
協力医療機関	名称	医療法人希望会 回生会クリニック
	住所	大阪市平野区長吉長原西1丁目3番8号
	診療科目	内科 精神科 整形外科
	協力科目	内科 精神科 整形外科
	協力内容	
		その他の場合:
	名称	
	住所	
	診療科目	
	協力科目	
協力内容		
	その他の場合:	
協力歯科医療機関	名称	
	住所	
	協力内容	
その他の場合:		

(入居に関する要件)

入居対象となる者	要支援、要介護	
留意事項	要支援者は要相談(要支援、要介護から自立になった場合、要相談)	
契約の解除の内容	入居契約第9～11条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約第11条による
	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	あり	内容 空室の場合のみ可能 1泊3食付き7,500円
入居定員	50人	
その他	身元保証人が設定できない場合は要相談	

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数	兼務している職種名及び人数
	合計	常勤	非常勤		
管理者	1	1			
生活相談員					
直接処遇職員					
介護職員	2	2			
看護職員					
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員					
事務員	2	1	1		
その他職員					
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					時間

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
	常勤	非常勤		
介護福祉士	2	2		
介護職員初任者研修修了者				

(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			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間 (21時～8時)		
	平均人数	最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1 人	0 人
生活相談員	人	人
	人	人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		あり							
	業務に係る資格等	なし	資格等の名称							
	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							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満									
	1年以上3年未満			2						
	3年以上5年未満			1						
	5年以上10年未満									
	10年以上									
備考										
従業者の健康診断の実施状況	なし									

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態	利用権方式	
利用料金の支払い方式	月払い方式	
	選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定	なし	
要介護状態に応じた金額設定	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	あり	
	内容：	食費は日割り計算にて請求
利用料金の改定	条件	改定の必要が明らかである場合
	手続き	運営懇談会の開催

(代表的な利用料金のプラン)

			プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度		1	
	年齢		65歳	
居室の状況	部屋タイプ		一般居室個室	
	床面積		11.21	
	トイレ		あり	
	洗面		あり	
	浴室		なし	
	台所		なし	
	収納		あり	
入居時点で必要な費用	敷金		150,000円	
月額費用の合計			131,340円	
家賃			55,000円	
介護保険外	食費		43,740円	
	管理費		32,600円	
	状況把握及び生活相談サービス費			
備考 介護保険費用1割, 2割又は3割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。） ※介護予防・地域密着型の場合を含む。詳細は別添3及び4のとおりです。 食費については、30日の場合の金額となっております。				

(利用料金の算定根拠等)

家賃	建物の賃借料、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定	
敷金	家賃の	2.7ヶ月分
	解約時の対応	入居契約書第6条による
前払金		
食費	1日3食分の費用(税込み)朝食378円、昼食486円、夕食594円	
管理費	共用設備の維持管理費、修繕費等(水光熱費含む)	
状況把握及び生活相談サービス費		
介護保険外費用		
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		

7 入居者の状況

(入居者の人数)

年齢別	65歳未満	4人
	65歳以上75歳未満	11人
	75歳以上85歳未満	20人
	85歳以上	10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	3人
	要介護2	6人
	要介護3	8人
	要介護4	13人
入居期間別	6か月未満	2人
	6か月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	36人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		2人 / 2人
入居者数		45人

(入居者の属性)

性別	男性	18人	女性	27人	
男女比率	男性	40.0%	女性	60.0%	
入居率	90.0%	平均年齢	80.3歳	平均介護度	3.50

(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	1人	
	医療機関	1人	
	死亡者	7人	
	その他	0人	
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	人
			3人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)	
		長期療養の為等	

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

窓口の名称 (設置者)		住宅型有料老人ホーム ハーモニー堺西
電話番号 / F A X		072-290-7541 / 072-290-7551
対応している時間	平日	9:00 - 17:00
	土曜	9:00 - 17:00
	日曜・祝日	9:00 - 17:00
定休日		なし
窓口の名称 (行政)		堺市健康福祉局長寿社会部介護事業者課
電話番号 / F A X		072-228-7348 / 072-228-7481
対応している時間	平日	9:00 - 17:30
定休日		土日祝祭日
窓口の名称 (大阪府国民健康保険団体連合会)		大阪府国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
電話番号 / F A X		06-6949-5418 /
対応している時間	平日	9:00 - 17:00
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	あり
	ありの場合 の内容： 入居者に対する損害賠償
賠償すべき事故が発生したときの対応	あり
	ありの場合 の内容：
事故対応及びその予防のための指針	あり

(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	なし	ありの場合	
		実施日	
		結果の開示	開示の方法
第三者による評価の実施状況	なし	ありの場合	
		実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	開示の方法

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	入居希望者に公開
財務諸表の要旨	入居希望者に公開
財務諸表の原本	入居希望者に公開

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年 1 回
		構成員	入居者・家族・スタッフ
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行	なし	ありの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護	個人情報保護規程に基づく		
緊急時等における対応方法	救急時対応マニュアルによる		
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性	適合	不適合の場合の内容	
堺市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	あり		
合致しない事項がある場合の内容	居室の面積が11.21㎡となっております。		
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	代替措置等の内容		
不適合事項がある場合の入居者への説明	入居者及び家族等へ契約前、契約時に、不適合事項及び代替措置等について説明している。		
上記項目以外で合致しない事項	なし		
合致しない事項の内容			
代替措置等の内容			
不適合事項がある場合の入居者への説明			

添付書類：別添 1（別を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）

上記の重要事項の内容について、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所 _____

氏 名 _____ 様

（入居者代理人）

住 所 _____

氏 名 _____ 様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

(別添1)事業主体が堺市で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類		事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	なし		
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	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	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
地域密着型通所介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	なし		
居宅介護支援	なし		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
特定介護予防福祉用具販売	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	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護医療院	なし		

(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

		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
				料金※2(税込)	
介護サービス	食事介助		あり	2,000円/30分	
	排せつ介助・おむつ交換		あり	2,000円/30分	
	おむつ代		あり	実費負担	
	入浴(一般浴)介助・清拭		あり	2,000円/30分	
	特浴介助		あり	2,000円/30分	
	身辺介助(移動・着替え等)		あり	2,000円/30分	
	機能訓練		なし	1,000円/30分	
	通院介助		あり	2,000円/30分	
生活サービス	居室清掃		あり	1,500円/30分	
	リネン交換		あり	1,650円/30分	
	日常の洗濯		あり	1,500円/30分	
	居室配膳・下膳		あり	月額料金に含む	
	入居者の嗜好に応じた特別な食事		なし		
	おやつ		なし		
	理美容師による理美容サービス		あり	実費負担	
	買い物代行		あり	1,500円/30分	
	役所手続代行		あり	1,500円/30分	
	金銭・貯金管理		なし		要相談
健康管理サービス	定期健康診断		あり	実費負担	
	健康相談		あり	月額料金に含む	
	生活指導・栄養指導		あり	月額料金に含む	
	服薬支援		あり	月額料金に含む	
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)		なし		
入退院のサービス	移送サービス		なし		
	入退院時の同行		あり	1,500円/30分	
	入院中の洗濯物交換・買い物		あり	1,500円/30分	
	入院中の見舞い訪問		あり	1,500円/30分	

※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)。ケアプランに定められた回数を超える分は介護保険外サービス。

※2 「あり」を選択したときは、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、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。