

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成28年7月1日 |
| 記入者名 | 山本 和美 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|------------------------------------|--|
| 名称 | (ふりがな) ゆうげんがいしやあくしす 有限会社A X I S | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 533-0007 大阪市東淀川区相川2丁目10番10号1F | |
| 連絡先 | 電話番号/FAX番号 | 06-6827-3075/06-6195-8463 |
| | メールアドレス | officeaxis.harumys0718@gmail.com |
| | ホームページアドレス | なし |
| 代表者(職名/氏名) | 取締役 / 吉川 俊介 | |
| 設立年月日 | 平成 16年6月23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) ぐりーんこーとせつつ グリーンコート摂津 | |
| 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 | 〒 566-0011 大阪府摂津市千里丘東五丁目17番13号 | |
| 主な利用交通手段 | 阪急京都線正雀駅より徒歩10分 (700m) | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6382-8833 |
| | FAX番号 | 06-6382-8833 |
| | ホームページアドレス | なし |
| 管理者(職名/氏名) | 施設長 / 山本 和美 | |
| 有料老人ホーム事業開始日/届出受理日・登録日(登録番号) | 平成 19年7月28日 | / 平成 25年6月13日 |

3 建物概要

| | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|-----------------------------------|---------------|------------------|---------------------|------------------------|--------------------|----------------|--------------------|------|--|
| 土地 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | あり | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 19年7月16日 | | | ～ | 平成 | 22年7月15日（自動更新） | | | |
| | 面積 | 313.58 m ² | | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | なし | 契約の自動更新 | あり | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 19年7月16日 | | | ～ | 平成 | 22年7月15日（自動更新） | | | |
| | 延床面積 | 472.7 m ² （うち有料老人ホーム部分 | | | | 313.6 m ² ） | | | | | |
| | 竣工日 | 平成 | 19年6月23日 | | | 用途区分 | 不明 | | | | |
| | 耐火構造 | 準耐火建築物 | | その他の場合： | | | | | | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | | | | | | | | | |
| | 階数 | 3階 | | （地上 | | 3階、地階 | | 一階） | | | |
| | 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 | 23戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | | 23室 | | | |
| | 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 | × | × | × | × | ○ | 9.23m ² | 23 | 個室（1人） | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 3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 | | | | 3ヶ所 | | | |
| | 共用浴室 | 大浴場 | 1ヶ所 | | ヶ所 | | | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | ヶ所 | | ヶ所 | | | | | | その他： | |
| | 食堂 | 1ヶ所 | | 面積 | 53.8 m ² | | | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | なし | | | | | | | | | |
| | エレベーター | あり（車椅子対応） | | | | | | 1ヶ所 | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | 1.65 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 | なし | 浴室 | なし | 脱衣室 | あり | | |
| 通報先 | | 1階食堂兼談話室 | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | | 1分 | | | |
| その他 | 食堂兼談話室 | | | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 | なし | 火災通報設備 | なし | | | | | |
| | スプリンクラー | なし | なしの場合（改善予定時期） | | 未定 | | | | | | |
| | 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 | | 私達は、人権の尊重ならびにコンプライアンスを遵守することを徹底し、社会の進展に寄与してこられた高齢者を敬い、健全で清潔な品位ある対応に努めます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 安心・安全で快適なサービスを、できる限りリーズナブルな価格で提供致します。 |
| 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 | 自ら実施 | |
| 食事の提供 | 自ら実施・委託 | 株式会社ナリコマエンタープライズ |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | 自ら実施 | |
| 健康管理の支援（供与） | 自ら実施・委託 | みどり訪問看護ステーション |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施 | |
| 提供内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・状況把握サービスの内容：毎日1回以上（10、15、21、24、3、6時）、居宅訪問による安否確認・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 | 委託 | みどりクリニック |
| | 提供方法 | 年2回健康診断の機会付与 |
| 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 | | <ul style="list-style-type: none"> ①虐待防止に関する責任者は、管理者の山本和美です。 ②従業者に対し、虐待防止研修を実施している。 ③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。 ④職員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。 ⑤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する。 |
| 身体的拘束 | | <ul style="list-style-type: none"> 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ヵ月）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ヵ月毎行う。） ②経過観察及び記録をする。 ③2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。 ④1ヵ月に1回以上、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。 |

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

| | |
|------------|--------|
| 事業所名称 | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 | |
| 事務者名 | (ふりがな) |
| 併設内容 | |

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

| | |
|------------|--------|
| 事業所名称 | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 | |
| 事務者名 | (ふりがな) |
| 連携内容 | |

(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、入退院の付き添い、通院介助 | |
| | その他の場合： | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人祥風会 都丘みどりクリニック |
| | 住所 | 枚方市都丘町38-5 |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 協力内容 | 訪問診療、急変時の対応 |
| | | その他の場合：搬送先病院紹介 |
| | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 診療科目 | |
| | 協力内容 | |
| | | その他の場合： |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | リー・デンタルクリニック |
| | 住所 | 豊中市上新田1-10-21 |
| | 協力内容 | 訪問診療、急変時の対応 |
| | | その他の場合： |

(入居後に居室を住み替える場合) 【住み替えを行っていない場合は省略】

| | | | |
|----------------|---------|--------|-------|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | | |
| | その他の場合： | | |
| 判断基準の内容 | | | |
| 手続の内容 | | | |
| 追加的費用の有無 | | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | | 変更の内容 |
| | 便所の変更 | | 変更の内容 |
| | 浴室の変更 | | 変更の内容 |
| | 洗面所の変更 | | 変更の内容 |
| | 台所の変更 | | 変更の内容 |
| | その他の変更 | | 変更の内容 |

(入居に関する要件)

| | | | |
|----------------|---|---|---|
| 入居対象となる者 | 自立、要支援、要介護 | | |
| 留意事項 | 概ね、60歳以上の自立または、要支援1から要介護5の方。 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>(契約の終了)</p> <p>第 28 条 次の各号のいずれかに該当する場合に本契約は終了するものとします。</p> <p>一 入居者が死亡したとき。ただし、入居者が夫婦の場合は、両者とも死亡した時</p> <p>二 事業者が第29条に基づき解除を勧告し、予告期間が満了した時</p> <p>三 入居者が第30条に基づき解約を行った時</p> <p>(事業者からの契約解除)</p> <p>第 29 条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来にわたって維持することが社会通念状著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 第19条の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の勧告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除勧告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。</p> <p>3 本条1項第四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの解除)</p> <p>第 30 条 入居者は、事業者に対して30日前に解除の申し入れを行うことにより本契約を解除することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすなどの恐れがあり、通常の介護・接遇では防止できない場合等、入居契約書第28～30条に記載している内容。 | |
| | 解約予告期間 | 90日 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 1泊目食事代のみ、2泊目より1日につき5000円(食事込み) *但し、最長1週間まで |
| 入居定員 | 23人 | | |
| その他 | | | |

5 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 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 | 10 | 10 | | |
| 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 | | | | |
| その他職員 | | | | |

(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 | 3 | 3 | | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | | | | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 7 | 7 | | |
| | | | | |
| | | | | |

(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 (17時～翌朝9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 | 2 人 | 1 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 | | なし | | | | | | | |
| | 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 | | | 0 | | | | | | | |
| 就業した職員に 従事した経験 年数に 応 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 3 | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 7 | | | | | | |
| | 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 | | あり | | | | | | | | |

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 | なし | |
| | 内容： | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 物価変動、人件費上昇等により、改訂する場合がある。 |
| | 手続き | 運営懇談会で意見聴取の上施行する。 |

(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 | 自立・要支援・要介護 | |
| | 年齢 | 60歳以上 | |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | |
| | 床面積 | 9.23㎡ | |
| | トイレ | なし | |
| | 洗面 | なし | |
| | 浴室 | なし | |
| | 台所 | なし | |
| | 収納 | あり | |
| 入居時点で必要な費用 | 敷金 | 252000円 | |
| | | | |
| 月額費用の合計 | | 113,400円 | |
| ※ 保 険 サ ー ビス 外 の 費 用 （ 介 護 | 家賃 | 42000円 | |
| | 食費 | 42000円 | |
| | 管理費 | 17000円 | |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | 2400円 | |
| | 光熱水費 | 10000円 | |
| | | | |
| 備考 ※有料老人ホーム事業として受領する費用であり、訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は本欄には記入していません。 | | | |

(利用料金の算定根拠等)

| | | |
|----------------------|---|------------------------------|
| 家賃 | *居室家賃、[居室内備品(エアコン・照明器具・)] ・平均入居稼働率を80%と想定して、当該建物の月額借り上費を当該設の居室数23室の約8割の入居者数18で除した額及び居室内備品維持管理費等を考慮した上で、周辺地域の同等施設等の家賃を参考にした。また、低所得の方、生活保護受給の方の入居も考慮して算出した。 ※ (50万円÷18室) + 居室内備品維持管理費15,000円 ÷ 42777円 ⇒ 42,000円 | |
| 敷金 | 家賃の | 6ヶ月分 |
| | 解約時の対応 | 原則返金対応。但し、原状回復費、滞納負債等を償却した額。 |
| 前払金 | なし | |
| 食費 | ・厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用 | |
| 管理費 | ・エレベーター・機械警備システム・防災システムの保守点検費、共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費、清掃委託費、建物委託管理費、損害保険料の年間経費を12カ月で当分し、当該設の居室数23室の約8割の入居者数18で除した額を目安に算出 ※ 370万円÷12カ月÷18名 ÷ 17,129円 ⇒ 17,000円 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | ①フロントサービス・介護相談 (月額包括料金として400円) ②昼夜見守サービス・緊急介護対応・緊急通院対応 (月額包括料金として2,000円) ※ ①+②=2,400円 (月額包括料金) | |
| 光熱水費 | ・入居者が居住する居室内及び共用施設内の電気・ガス・水道料金の年間使用平均予想額を12カ月で等分し、当該設の居室数23室の約8割の入居者数18で除した額を目安に算出。 ※ 200万÷12カ月÷18名 ÷ 9,259円 ⇒ 10,000円 | |
| 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 | | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | | |
|--------------------------------------|---------------|--|
| 想定居住期間 (償却年月数) | | |
| 償却の開始日 | | |
| 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) | | |
| 初期償却額 | | |
| 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 | | |
| | | |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

| | | |
|---------------------|------------|---------|
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 6人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 10人 |
| | 85歳以上 | 3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 | 1人 |
| | 要介護2 | 2人 |
| | 要介護3 | 7人 |
| | 要介護4 | 5人 |
| | 要介護5 | 5人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 1人 |
| | 6か月以上1年未満 | 0人 |
| | 1年以上5年未満 | 13人 |
| | 5年以上10年未満 | 6人 |
| | 10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 / 5人 |
| 入居者数 | | 20人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-------|------|-----|-------|------|
| 性別 | 男性 | 15人 | 女性 | 5人 | |
| 男女比率 | 男性 | 75% | 女性 | 25% | |
| 入居率 | 86.9% | 平均年齢 | 77歳 | 平均介護度 | 3.55 |

(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 | 0人 |
| | 死亡者 | 1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・虐待に対する窓口等の状況)

| | | |
|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| 窓口の名称 (設置者) | | 有限会社A X I S介護事業部 苦情相談窓口 |
| 電話番号 / F A X | | 06-6827-3075 / 06-6195-8463 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後5時 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土日祝 年末年始12月30日～1月3日 |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁) | | 大阪府福祉部高齢介護室介護事業者課 施設指導グループ |
| 電話番号 / F A X | | 06-6944-2675 / 06-6944-6670 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後6時 |
| 定休日 | | 土日祝 年末年始12月29日～1月3日 |
| 窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁) | | |
| 電話番号 / F A X | | / |
| 対応している時間 | 平日 | |
| 定休日 | | |
| 窓口の名称 (虐待の場合) | | 摂津市高齢介護課 |
| 電話番号 / F A X | | 06-6383-1379 / 06-6383-9031 |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後6時 |
| 定休日 | | 土日祝 年末年始12月29日～1月3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 | 加入先 | 損保ジャパン日本興亜 |
| | 加入内容 | 有料老人ホーム業務上における自己全般。 |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | グリーンコート摂津苦情・相談・事故対応マニュアルに従い迅速に対応します。 | |
| 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 | あり | ありの場合 | 意見箱 | |
| | | 実施日 | 平成 28年4月1日 | |
| | | 結果の開示 | あり | |
| | | 開示の方法 | 館内掲示 | |
| 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・入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開・入居希望者に交付 |
| 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、入居者ご家族、職員代表 |
| 提携ホームへの移行 | なし | なしの場合の代替措置の内容 | ありの場合の提携ホーム名 |
| 個人情報の保護 | <ul style="list-style-type: none"> 入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」並びに、大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえた入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持する。 事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。 事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。 書類等は、鍵付きロッカーに保管し、厳重に管理している。 | | |
| 緊急時等における対応方法 | <ul style="list-style-type: none"> 事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく） 病気、発熱（37度以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（入居者が指定した者：家族・後見人）及びどのレベルで連絡するのかを確認する。 連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。 関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。 賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。 | | |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性 | 不適合 | 不適合の場合の内容 | 調査検討中 |
| 大阪府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 | <ul style="list-style-type: none"> スプリンクラー・火災通報装置等の消火設備が設置されていない。 居室の床面積が内法面積で13㎡以下である。 廊下の有効幅員が1.8m以下である。 用途区分が不明である。 | | |
| 「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 適合していない（代替措置・将来の改善計画） | | |
| | 代替措置等の内容 | <ul style="list-style-type: none"> 5年をめぐりに、新築移転を検討中。 片廊下について、車椅子がすれ違いができない場合に備えて、通行の優先順位を決めている。 スプリンクラー・火災通報装置等の消火設備未設置に関しては、定期的な消防避難訓練等を重点的に実施する。 | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | 入居相談時に現況を説明します。 | | |
| 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、並びに介護サービス等及びその提供事業者を自由に選択できることについて、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 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

(別添1)事業主体が大阪府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 | あり | ホームヘルプサービスみどり | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | あり | みどり訪問看護ステーション | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | みどり訪問看護ステーション | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 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 | あり | ケアグッズスタジオよりどりみどり | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 特定福祉用具販売 | あり | ケアグッズスタジオよりどりみどり | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| <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 | ホームヘルプサービスみどり24 | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 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 | あり | ケアプランセンターみどり | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | ホームヘルプサービスみどり | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | みどり訪問看護ステーション | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 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 | あり | みどり訪問看護ステーション | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 介護予防通所介護 | 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 | あり | ケアグッズスタジオよりどりみどり | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | ケアグッズスタジオよりどりみどり | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| <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 | あり | ケアプランセンターみどり | 大阪市東淀川区上相川2-10-10 1F |
| <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 | | |
| 介護療養型医療施設 | 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

| | | 個別の利用料で実施するサービス | | 備 考 |
|----------|------------------|-----------------|----------|-------------------|
| | | | 料金※(税抜) | |
| 介護サービス | 食事介助 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 管理費に含まれる | |
| | おむつ代 | なし | | |
| | 入浴(一般浴) 介助・清拭 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 特浴介助 | なし | | |
| | 身辺介助(移動・着替え等) | あり | 管理費に含まれる | |
| | 機能訓練 | なし | | |
| | 通院介助 | あり | 管理費に含まれる | |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 管理費に含まれる | |
| | リネン交換 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 日常の洗濯 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 居室配膳・下膳 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | | |
| | おやつ | あり | 食事代に含まれる | |
| | 理美容師による理美容サービス | なし | | |
| | 買い物代行 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 役所手続代行 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 金銭・貯金管理 | あり | 管理費に含まれる | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | 実費 | 提携医療期間に依頼 |
| | 健康相談 | あり | 管理費に含まれる | 同一法人訪問看護ステーションで対応 |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | | |
| | 服薬支援 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | あり | 管理費に含まれる | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | あり | 交通費実費 | |
| | 入退院時の同行 | あり | 交通費実費 | |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | 管理費に含まれる | |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | 管理費に含まれる | |

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの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。