

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年2月1日 |
| 記入者名 | 高橋 辰美 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1 事業主体概要

| | | | |
|------------|---|--------------------------------|--|
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃあいねっとけあさーびす 株式会社アイネットケアサービス | | |
| 法人番号 | 5122001025463 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 574-0036 大阪府大東市末広町15番25号 | | |
| 連絡先 | 電話番号/FAX番号 | 072-872-3381 / 072-872-3386 | |
| | メールアドレス | info@wakamizu-kaigo.com | |
| | ホームページアドレス | http:// www.wakamizu-kaigo.com | |
| 代表者(職名/氏名) | 代表取締役 / 白川 初美 | | |
| 設立年月日 | 平成 24年 3月 14日 | | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別々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) あーばにていわかみず アーバニティ若水 | | |
| 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 | | |
| 有料老人ホームの類型 | 住宅型 | | |
| 所在地 | 〒 574-0036 大阪府大東市末広町15番25号 | | |
| 主な利用交通手段 | JR学研都市線住道駅200m (徒歩3分) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-872-3381 | |
| | FAX番号 | 072-872-3386 | |
| | メールアドレス | info@wakamizu-kaigo.com | |
| | ホームページアドレス | http:// www.wakamizu-kaigo.com | |
| 管理者(職名/氏名) | 施設長 / 高橋 辰美 | | |
| 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 25年 5月 10日 | / | 平成 24年 3月 29日 高施第2467号 |

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 | 25年5月1日 | | | ～ | 令和 | 25年4月30日 | | | |
| | 面積 | 1,714.1 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 | 25年5月1日 | | | ～ | 令和 | 25年4月30日 | | | |
| | 延床面積 | 4,000.5 m ² (うち有料老人ホーム部分) | | | | | 3,652.1 m ² | | | | |
| | 竣工日 | 平成 | 25年5月1日 | | | 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 | 鉄筋コンクリート造 | | その他の場合： | | | | | | | |
| | 階数 | 6階 | | (地上 | | 6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 | 84戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | | 84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 | ○ | ○ | × | × | ○ | 14.25 | 80 | 1人部屋 | | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 14.55 | 4 | 1人部屋 | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 10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 | | | | 10ヶ所 | | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 9ヶ所 | | 大浴場 | 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 | 4ヶ所 | | 面積 | 291.1 m ² | | | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | | | | | | | |
| | 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 | 1.48~1.83m | | 片廊下 | m | | | | | |
| | 汚物処理室 | 4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 | 事務室 | | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | 30秒~2分 | | | |
| その他 | 食堂、トイレ、機械浴、個室、大浴場、EV、談話室、理美容室 機能訓練室、相談室等 | | | | | | | | | | |
| 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 | | <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域住民や地元自治体・近隣学校などとの交流を進め、地域のコミュニティーとして推進します。 2. 入居者様が生きがいを持ち、夢と情熱・希望を持てるコミュニティーづくりに努めます。 3. 職員は、明るく、笑顔と誠意を忘れず、ご利用者様の考えに共有意識を持ちながら行動いたします。 4. 職員は、ご利用者様一人ひとりの個性を尊重し、ご入居者様の立場になり運営を進めてまいります。 5. ご入居者様が、自宅と同じ意識で自由に過ごせる空間作りを進めてまいります。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | | グループ企業の医療法人恵和会との連携を密にして、医療面における24時間看護師の常駐、リハビリ器具等の設置に伴う、日常における自立支援・リハビリの充実サポートを行う。 |
| 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・委託 | 若水ヘルパーステーション |
| 食事の提供 | 委託 | ハーベスト株式会社 |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | 自ら実施・委託 | 若水ヘルパーステーション |
| 健康管理の支援（供与） | 自ら実施・委託 | 若水ヘルパーステーション |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施・委託 | 若水ヘルパーステーション |
| 提供内容 | | グループ企業の医療法人恵和会との連携を密にして、医療面における24時間看護師の常駐、リハビリ器具等の設置に伴う、日常における自立支援・リハビリの充実サポートを行う。 |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 医療法人恵和会 恵和会総合クリニック |
| | 提供方法 | 受診による提供 |
| 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 | | <ol style="list-style-type: none"> ①虐待防止に関する責任者は、施設長・高橋辰美です。 ②従業員に対し、虐待防止研修を実施している。 ③入居者並びに家族等に苦情解決体制を整備している。 ④職員会議等で、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、速やかに関係機関（市町村）に通報する。 |
| 身体的拘束 | | <ol 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。 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カ月に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) わかみず 若水デイサービスセンター |
| 主たる事務所の所在地 | 574-0036 大阪府大東市末広町15番25号 |
| 事務者名 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ 株式会社アイネットケアサービス |
| 併設内容 | 通所介護事業 |

(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) わかみず 若水ナースステーション |
| 主たる事務所の所在地 | 574-0036 大阪府大東市末広町15番25号 |
| 事務者名 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ 株式会社アイネットケアサービス |
| 連携内容 | 訪問看護事業 |

| | |
|------------|------------------------------------|
| 事業所名称 | (ふりがな) わかみず 若水ケアプランセンター |
| 主たる事務所の所在地 | 574-0036 大阪府大東市末広町15番25号 |
| 事務者名 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ 株式会社アイネットケアサービス |
| 連携内容 | 居宅介護支援事業 |

| | |
|------------|------------------------------------|
| 事業所名称 | (ふりがな) わかみず 若水ヘルパーステーション |
| 主たる事務所の所在地 | 574-0036 大阪府大東市末広町15番25号 |
| 事務者名 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ 株式会社アイネットケアサービス |
| 連携内容 | 訪問介護事業 |

(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 | 医療法人恵和会 恵和会総合クリニック ホームから150m | |
| | 住所 | 大阪府大東市末広町7番7号 | |
| | 診療科目 | 内科・循環器内科・消化器内科・呼吸器内科 皮膚科・形成外科・美容外科・耳鼻咽喉科・乳腺外科 整形外科・リハビリテーション科 | |
| | 協力科目 | 内科・循環器内科・消化器内科・呼吸器内科 皮膚科・形成外科・美容外科・耳鼻咽喉科・乳腺外科 整形外科・リハビリテーション科 | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保 | あり |
| | | 診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保 | あり |
| | 名称 | 白川眼科 | |
| | 住所 | 大阪府大東市末広町7番7号 東邦ビル5階 | |
| | 診療科目 | 眼科 | |
| | 協力科目 | 眼科 | |
| 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保 | あり | |
| | 診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保 | なし | |
| 新興感染症発生時に 連携する医療機関 | 医療機関の名称 | 医療法人恵和会 恵和会総合クリニック | |
| | 医療機関の住所 | 大阪府大東市末広町7番7号 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 大東歯科医院 ホームから500m | |
| | 住所 | 大阪府大東市太子田1丁目11番6号 | |

(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 | | | |
| | その他の場合：同一施設内での居室変更 | | | |
| 判断基準の内容 | 身体状況により、介護ならびに医療サービスの提供が困難となり、他の居室へ変更いただく方が良いと判断した場合。 | | | |
| 手続の内容 | ①概ね3ヶ月間の観察期間を置く。 ②ホームが指定する医師の意見を聴く。 ③本人・身元引受人の同意を得る。 | | | |
| 追加的費用の有無 | なし | 追加費用 | | |
| 居室利用権の取扱い | 住み替え後の居室に移行 | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | なし | 調整後の内容 | | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | あり | 変更の内容 | 居室により若干の面積増減あり |
| | 便所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 浴室の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 洗面所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 台所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | その他の変更 | なし | 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 | <p>入居者とは、介護保険法に定める要支援・要介護の認定を受けている方、又は夫婦の一方が要支援・要介護の認定を受けてホームに入居する概ね、65歳以上の他方の自立の方で下記の要件のいずれも満たす方</p> <p>① 常時医療行為を必要としない方</p> <p>② 自傷・他害の恐れのない方</p> | | |
| 契約の解除の内容 | <p>入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、若水入居契約を解約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> <p>2 解約予告期日が30日より短い場合は、解約の申し入れから30日経過した日に若水入居契約は終了します。</p> <p>3 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日経過した日をもって、若水入居契約は解約されたものとみなします。</p> <p>4 若水入居契約第12条第7項に関わり居室を移動する場合には、本文第1項の手続きを行いません。</p> <p>5 若水入居契約第12条第7項に関わり居室を移動する場合には、従前の契約の解約を行い、移動先の居室の契約を新たに締結するものとします。</p> | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>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これ以上将来にわたって維持することが社会通念上困難と認められる場合に、本文第2項及び第3項に規定した条件の下に、アーバニティ若水（以下「若水」という。）入居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 入居日から14日以内に表題部記載の入居一時金、入居保証金を支払わないとき</p> <p>三 月払いの利用料その他利用料の支払いを正当な理由なく、3カ月以上遅滞し、5日の期間を定めて支払いを催告してもこれを支払わないとき</p> <p>四 若水入居契約第20条の規定に違反したとき</p> <p>五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危険を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法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は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 若水入居契約解除の通告について60日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び代理人や身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、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、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>四 前項の二号及び三号に該当する場合は、本項一号の規定を適用しない</p> <p>3 本文1項第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面に項に加えて次の第一号及び第二号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、そのことが若水入居契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上困難と認められる場合に、本文第2項及び第3項に規定した条件の下に、若水入居契約を解除することがあります</p> | |
| | 解約予告期間 | 上記のとおり | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | <p>期間 14泊15日（2週間）を限度とする。</p> <p>費用 1泊2日 8,000円（税別）</p> <p>食事費込（朝・昼・夕食）</p> <p>その他 オムツ代、日用雑貨品実費</p> |
| 入居定員 | 84人 | | |
| その他 | 身元引受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) | | | 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 | 7 | 7 | | |
| 介護職員 | 6 | 6 | | |
| 看護職員 | 1 | 1 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | |
| その他職員 | 2 | 2 | | |

(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 | 6 | 6 | | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 1 | 1 | | |
| 看護師 | 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 | 1 | 1 | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 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・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (20時～ 7時) | | |
|---------------------|------|---------------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1 人 | 1 人 |
| 介護職員 | 3 人 | 2 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 | あり | 資格等の名称 | | 介護福祉士 | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 就業した職員に 従事した経験年数に 応じた人数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | | 5 | | | | | | |
| | 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 | 選択方式 | |
| | 選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択 | 一部前払い方式、月払い方式 |
| 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： 管理費を徴収 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 消費者物価上昇並びに人件費、およびサービス提供の変化等の事情を勘案 |
| | 手続き | 年2回開催の運営懇談会にて説明後の改定 |

(代表的な利用料金のプラン)

| | | タイプ-A 1 | タイプ-A 2 | |
|---|------------------|------------|------------|---------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護 | 自立・要支援 | |
| | 年齢 | 83歳以上 | 83歳以上 | |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | 一般居室個室 | |
| | 床面積 | 14.25㎡ | 14.25㎡ | |
| | トイレ | あり | あり | |
| | 洗面 | あり | あり | |
| | 浴室 | なし | なし | |
| | 台所 | なし | なし | |
| | 収納 | あり | あり | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金（家賃、介護サービス費等） | 8,800,000円 | 8,800,000円 | |
| | 敷金 | 200,000円 | 200,000円 | |
| 月額費用の合計 | | 242,000円 | 302,000円 | |
| ※サービス費用（介護保険外） | 家賃 | 0円 | 0円 | |
| | 管理費 | 食費 | 72,000円 | 72,000円 |
| | | 運営費 | 90,000円 | 90,000円 |
| | | 居室関係費 | 30,000円 | 30,000円 |
| | 共益費 | 50,000円 | 50,000円 | |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | - | - | |
| | 電気代 | 実費精算 | 実費精算 | |
| | 生活サービス支援費 | 0円 | 60,000円 | |
| | | | | |
| 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。） ※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。） | | | | |

(利用料金の算定根拠等)

| | |
|----------------------|---|
| 家賃 | 近隣施設並びに周辺地域の家賃相当 |
| 敷金 | 家賃の 2ヶ月分 |
| | 解約時の対応 居室原状回復費用を除いた金額を全額返金 |
| 前払金 | 老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定 8,500,000円 (非課税) 83歳以上の方対象 8,800,000円 (非課税) 83歳以上の方対象 13,500,000円 (非課税) 82歳以下の方対象 13,800,000円 (非課税) 82歳以下の方対象 1,800,000円 (非課税) 年間プラン対象 敷金 200,000円 (非課税) |
| 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 | 事務管理部門の人件費・事務費、要支援者及び要介護者の入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費 |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | |
| 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 | 生活サービス支援費：60,000円 (消費税別) サービスの内容：居室清掃、シーツ交換 (1週間毎) 洗濯、食事配膳、入浴準備、 提携医療機関への同行、通院 |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| 算定根拠 | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の前払い金算定基準を基本として、入居者生活保障制度要介護登録者実績、想定居住期間を勘案し、前払い金額を算定 | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | 60カ月 | |
| 償却の開始日 | 入居の翌日 | |
| 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) | 2,200,000円 | |
| 初期償却額 | 一時金の25%償却 | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 入居一時金全額を返済します。 ただし、家賃相当額を日割り計算にて受領させていただきます。 入居一時金 ÷ 1826日 × (入居起算日 × 入居日数) |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | <ul style="list-style-type: none"> 入居一時金償却期間内に本契約が終了した場合 入居一時金 × 0.75 ÷ 1826日 × (契約終了日から償却月満了までの日数) 入居後1826日を経過した日の翌日以降に本契約が終了した場合、返還金はなく入居一時金の追加徴収は行いません。 |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | りそな銀行との保全信託 |
| | | |

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 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 19人 |
| | 85歳以上 | 49人 |
| 要介護度別 | 自立 | 3人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 2人 |
| | 要介護1 | 11人 |
| | 要介護2 | 13人 |
| | 要介護3 | 17人 |
| | 要介護4 | 11人 |
| | 要介護5 | 10人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 13人 |
| | 6か月以上1年未満 | 3人 |
| | 1年以上5年未満 | 28人 |
| | 5年以上10年未満 | 20人 |
| | 10年以上15年未満 | 6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 / 70人 |
| 入居者数 | | 70人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-----|-------|-------|-------|-----|
| 性別 | 男性 | 16人 | 女性 | 54人 | |
| 男女比率 | 男性 | 22.8% | 女性 | 77.2% | |
| 入居率 | 83% | 平均年齢 | 87.1歳 | 平均介護度 | 2.6 |

(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 | 人 |
| | 医療機関 | 2人 |
| | 死亡者 | 16人 |
| | その他 | 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 | 3人 |
| | | (解約事由の例) 在宅復帰、長期療養 |

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) | | アーバニティ若水相談窓口 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-872-3381 | / 072-872-3386 |
| 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 | | 原則として無。ただし苦情処理者が休暇等の場合は、施設長等が対応を行う。 | |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁) | | 大阪府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 | 9:00~18:00 | |
| 定休日 | | 土・日、祝祭日 | |
| 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) | | 大東市保健医療部高齢介護室 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-870-9065 | / 072-872-8080 |
| 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 | 加入先 | 東京海上日動火災保険株式会社 | |
| | 加入内容 | 事業活動包括保険 (老人福祉・介護事業) | |
| | その他 | | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 施設側において過失があった場合は、速やかに損害賠償等を行う。 | | |
| 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 | 令和 6年5月23日 | |
| | | 結果の開示 | あり | |
| | | | 開示の方法 | 運営懇談会にて開示 |
| 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 | 公開していない |

9 その他

| | | | |
|-------------------|---|--|---------------------------|
| 運営懇談会 | あり | ありの場合 | |
| | | 開催頻度 | 年 2回 |
| | | 構成員 | 施設長、施設担当管理者 入居者、入居者の家族 |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | あり | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | |
| | あり | 指針の整備 | |
| | あり | 定期定期的な研修の実施 | |
| | あり | 担当者の配置 | |
| 身体的拘束の適正化等の取組の状況 | あり | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | |
| | あり | 指針の整備 | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | |
| | なし | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと | |
| | | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | |
| 業務継続計画（BCP）の策定状況等 | あり | 感染症に関する業務継続計画 | |
| | あり | 災害に関する業務継続計画 | |
| | あり | 職員に対する周知の実施 | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | |
| | あり | 定期的な訓練の実施 | |
| | あり | 定期的な業務継続計画の見直し | |
| 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 | <p>・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。</p> <p>・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</p> | | |
| 緊急時等における対応方法 | <p>・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）</p> <p>① 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が確認する。</p> | | |

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| 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 | |
| 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 | 廊下幅1.8m未満 | | |
| 「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 該当しない | | |
| | 代替措置等の内容 | 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。 | |
| 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（事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス）

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）

上記の重要事項の内容、並びに医療サービス等、その他のサービス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

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 | 若水ヘルパーステーション | 大東市末広町15番25号 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | あり | 若水ナースステーション | 大東市末広町15番25号 |
| 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 | あり | 若水デイサービスセンター | 大東市末広町15番25号 |
| 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 | あり | 若水ケアプランセンター | 大東市末広町15番25号 |
| ＜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 | あり | 若水ナースステーション | 大東市末広町15番25号 |
| 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 | | | |
| ＜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 | | |
| 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

| | | 個別の利用料で実施するサービス | | 備 考 |
|---------|-----------------|-----------------|--|---|
| | | あり | 料 金※ (税抜) | |
| 介護サービス | 食事介助 | あり | ① 600円/1回 ② 900円/1回 | ① 食堂での対応 ② 居室での対応 |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 300円/1回 | |
| | おむつ代 | あり | 実費 | 一袋単位ごとに自己購入 |
| | 入浴(一般浴) 介助・清拭 | あり | ① 部分清拭 600円/1回 ② 全身清拭 1,800円/1回 ③ 見守り入浴 1,000円/1回 ④ シャワー入浴 1,200円/1回 ⑤ 一般浴 2,000円/1回 ⑥ 洗髪 1,000円/1回 ⑦ 入浴準備 300円/1回 | ① 介助、着替えの用意、着替え介助(居室等にて) ② 介助、着替えの用意、着替え介助(居室等にて) ③ 誘導、移動、着替えの用意 ④ 誘導、移動、介助、着替えの用意、着替えの介助 ⑤ 誘導、移動、介助、着替えの用意、着替えの介助 ⑥ 誘導、移動、介助 ⑦ - |
| | 特浴介助 | あり | 3,500円/1回 | 誘導・移動・介助・着替えの用意・着替えの介助 |
| | 身辺介助(移動・着替え等) | あり | ① 体位返還 300円/1回 ② 移動介助 300円/1回 ③ 更衣介助 300円/1回 ④ 起床介助 600円/1回 ⑤ 就寝介助 600円/1回 | ① - ② ホーム内の移動に限る ③ 誘導、移動、見守り、介助、着替えの用意、整容 ④ 起床の声掛け、カーテン開け、洗面介助、整容、更衣、冷暖房確認、汚れ物清掃、ごみ回収 ⑤ カーテン閉め、更衣、冷暖房確認、義歯洗浄、汚れ物清掃、ごみ回収 |
| | 機能訓練 | あり | 1回 3,000円 | 1回20分単位で、1日2単位迄 |
| | 通院介助 | あり | ① 無料 ② 通院同行 1,110円/30分 ③ 交通費 100円/k m | ① 提携医療機関のみ ② 提携医療機関以外の医療機関を利用した場合 ③ 車を使用した場合 |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 1,500円/1回 | 居室内掃除機清掃、ベッド清掃、ごみ回収 |
| | リネン交換 | あり | 300円/1回 | |
| | 日常の洗濯 | あり | 100円/1回(洗濯・乾燥、個別対応) | 1週間で洗濯・乾燥併せて10回迄を管理費対応とします。 10回を超えた場合、左記費用を徴収します。 |
| | 居室配膳・下膳 | あり | 200円/1回 | |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | 実費自己負担 | 提供する食事内容により、請求額が変わります。 |
| | おやつ | あり | 実費自己負担 | 提供する食事内容により、請求額が変わります。 |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | 実費自己負担 | 提供する理美容の内容により、請求額が変わります。 |
| | 買い物代行 | あり | ① 週1回 ② 通院同行 1,110円/30分 ③ 交通費 100円/k m | ① ホームが指定する買物場所については、管理費に含む ② ①以外の買物場所の場合 ③ ②で購入する場合において車が必要となった場合 |
| | 役所手続代行 | あり | 2,000円/1回 | 近隣以外の場合は、交通費を別途請求。 |
| 金銭・貯金管理 | あり | - | 上限10万円迄、ホームにて管理させていただきます。 | |

(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 |
|--------------------------------------|------------------|----------------------------------|---|--|
| | | あり | 料 金※ (税抜) | |
| 健康 管理 サー ビス | 定期健康診断 | あり | 実費自己負担 | 年2回実施 |
| | 健康相談 | なし | 随時実施 | 9:00~17:00にて対応 |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | 随時実施 | 9:00~17:00にて対応 |
| | 服薬支援 | あり | 175円/1日 | 介護認定者以外については、左記金額を徴収 |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | | 毎日実施 |
| 入 退 院 の サ ー ビ ス | 移送サービス | あり | ① 無料 ② 移送 1,110円/30分 ③ 交通費 100円/k m | ① 提携医療機関のみ ② 提携医療機関以外の医療機関を利用した場合 ③ 車を使用した場合 |
| | 入退院時の同行 | あり | ① 入退院同行 1,110円/30分 ② 交通費 100円/k m | ① 提携医療機関以外の医療機関を利用した場合 ② 車を使用した場合 |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | ① 交換・買物 1,110円/30分 ② 交通費 100円/k m | ① 提携医療機関以外の医療機関を利用した場合 ② 車を使用した場合 |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | ① 見舞い訪問 1,110円/30分 ② 交通費 100円/k m | ① 提携医療機関以外の医療機関を利用した場合 ② 車を使用した場合 |
| そ の 他 | レクリエーション費、趣味活動 | あり | 材料費は実費自己負担 | |
| | リネン関係 | あり | ① シーツ1枚 150円 ② 枕カバー 75円 | ①・② 共通で1週間に3枚を超えた場合に請求 |
| | | あり | ① 敷きマット 3,000円 ② 布団(交換) 3,000円 ③ 敷きパット 1,000円 ④ 掛けカバー 800円 | ①~④ 交換(衛生上の場合)の都度、請求 |
| | あり | ① 布団一式 15,000円 ② ラバーシーツ3,000円 | ① 布団を破損し、修繕不可能な場合 ② 購入の場合 | |

※「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。