

重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|----------------|
| 記入者名 | 澤井 政樹 | 記入年月日 | 令和1年11月1日 |
| | | 所属・職名 | 有料老人ホーム我孫子 管理者 |

1. 事業主体概要

| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
|---------------------------------|-------------|--|--|
| 事業主体の名称 | 法人の種類 | 株式会社 | |
| | 名称 | (ふりがな) カブシカイクシャ エイトサービス 株式会社 エイトサービス | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒558-0014 | 大阪府大阪市住吉区我孫子5丁目11番3号 | |
| | | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 06-6691-8711 | |
| | FAX番号 | 06-6691-8712 | |
| | ホームページ | なし | |
| | アドレス | あり : http://www.ecokaigo.jp/ | |
| 事業主体の代表者の職名及び氏名 | 職名 | 代表取締役 | |
| | 氏名 | さとう ひろみ 佐藤 博美 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成10年 1月13日 | | |

| 事業主体が大阪府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> | | | | |
| 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 | グループホーム 豊中オアシス グループホーム熊取 グループホーム我孫子 | 豊中市南桜塚4丁目11番3号 泉南郡熊取町五月ヶ丘2丁目18-19 大阪市住吉区我孫子5丁目11番3号 |
| 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 | | |
| 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 | グループホーム 豊中オアシス グループホーム熊取 グループホーム我孫子 | 豊中市南桜塚4丁目11番3号 泉南郡熊取町五月ヶ丘2丁目18-19 大阪市住吉区我孫子5丁目11番3号 |
| 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 | | |

2. 施設概要

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
| 施設の名称 | (ふりがな) ユリョウロウジンホーム アビコ 有料老人ホーム我孫子 | |
| 施設の所在地 | 〒558-0014 | 大阪府大阪市住吉区我孫子5丁目11番9号 |
| | | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 06-6696-5621 |
| | FAX番号 | 06-6696-5515 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | あり: http://www.ecokaigo.jp/ |
| 施設の開設年月日 | | 平成18年 3月 1日 |
| 施設の管理者の職名及び氏名 | 職名 | 施設長 |
| | 氏名 | さわい まさき 澤井 政樹 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| JR阪和線我孫子町駅より徒歩3分 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | 介護付有料老人ホーム | |
| 介護保険事業所番号 | 2772001992 | |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日） | | |
| 事業の開始（予定）年月日 | 平成18年 3月 1日 | |
| 指定の年月日 | 平成18年 3月 1日 | |
| 指定の更新年月日 | 平成30年 3月 1日 | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日） | | |
| 事業の開始（予定）年月日 | 平成18年 4月 1日 | |
| 指定の年月日 | 平成18年 4月 1日 | |
| 指定の更新年月日 | 平成30年 3月 1日 | |

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人 数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|-------------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 施設長 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 看護職員 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2.0 |
| 介護職員 | 8 | 0 | 28 | 0 | 36 | 19.5 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1.0 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 2 | 0 | 9 | 0 |
| 実務者研修 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 介護職員基礎研修 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| 訪問介護員1級 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 訪問介護員2級 | 4 | 0 | 20 | 0 |
| 訪問介護員3級 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 |

夜勤を行う看護職員及び介護職員
の人数

最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）

3

平均時の人数

3

| 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|---|----|-----|-----|-----------------|--------|--------|
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 看護職員 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2.0 |
| 介護職員 | 8 | 0 | 28 | 0 | 36 | 19.5 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |
| 計画作成担当者 | 1 | 0 | 0 | 0 | | 1.0 |
| その他従業者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40 |
| ※ 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。 | | | | | | |
| 従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 2 | 0 | 9 | 0 | | |
| 実務者研修 | 1 | 0 | 1 | 0 | | |
| 介護職員基礎研修 | 2 | 0 | 2 | 0 | | |
| 訪問介護員1級 | 0 | 0 | 2 | 0 | | |
| 訪問介護員2級 | 4 | 0 | 20 | 0 | | |
| 訪問介護員3級 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 管理者の他の職務との兼務の有無 | | | あり | なし | | |
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | | なし | あり | 資格等の名称 介護福祉士 | | |
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 | | | | | 3 : 1 | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合 | | | | | 10 : 1 | |

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

| | 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 | 1 | 12 | 1 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 1 | 0 | 7 | 1 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 9 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 1 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 0 | 2 | 5 | 1 | 0 |
| | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | なし | あり | |

4. サービスの内容

| | | | |
|--|---|----|----------------------|
| 事業の目的 | | | |
| 事業所従業者が、要介護状態又は要支援状態の利用者に対し、適切な指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者介護を提供する事を目的とする。 | | | |
| 施設の運営に関する方針 | | | |
| <p>一、利用者様の人権を尊重し、安全で質の高い介護を目指しています。</p> <p>二、利用者様とご家族とよく話し合い、理解と納得に基づいた介護を提供します。</p> <p>三、利用者様の自立を支援し、快適な生活が出来る様に努めます。</p> <p>四、利用者様の家庭的な環境を作り、明るく楽しい雰囲気的生活に努めます。</p> <p>五、利用者様の立場に立ったサービスに努め、福祉サービスを提供する者との連携を図る事に努めます。</p> | | | |
| 介護サービスの内容、利用定員等 | | | |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | | なし | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | | なし | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | | なし | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙 | | |
| 協力医療機関の名称 | 医療法人 恵愛会 すこやかクリニック 医療法人 慈心会 あびこ病院 | | |
| (協力の内容) | 診療科目：内科 医師の訪問による診察（往診） 定期健康診断の実施、 必要時及び緊急時における診療等の支援、協力 | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり | その名称 ファミリー歯科クリニック |
| (協力の内容) | 月2回の往診、通院治療時の支援、協力 | | |
| 要介護時における居室の住替えに関する事項 | | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | | |
| 全室介護居室のため、各居室にて介護を行います。 | | | |

| | | | |
|--|--|----|----|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | | |
| 一時介護室へ移る場合 | | | |
| 判断基準・手続について | | | |
| (その内容) | | | |
| 一般居室が介護居室となっており、認知症の介護が必要となった場合に居室を住み替えることがあります。 | | | |
| 追加的費用の有無 | | なし | あり |

| | | |
|-------------------------------|----|----|
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の変更の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 | なし | あり |
| (その内容) | | |
| 介護居室へ移る場合 ※全居室が介護居室の為、該当しません。 | | |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の変更の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 | なし | あり |
| (その内容) | | |

| | | | |
|-----------------------|---|----|----|
| その他 | | なし | あり |
| 判断基準・手続について (その内容) | | | |
| 追加的費用の有無 | | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | | |
| 便所の変更の有無 | | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | | なし | あり |
| 台所の変更の有無 | | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | | なし | あり |
| 施設の入居に関する要件 | | | |
| 自立している者を対象 | | なし | あり |
| 要支援の者を対象 | | なし | あり |
| 要介護の者を対象 | | なし | あり |
| 留意事項 | 身元引受人を2人定めていただきます。身元引受人は、この契約に基づく契約者の事業者に対する一切の債務について契約者と連帯して責任を負うこととなります。また、入居契約が解約された時に入居者及び入居者の所有物を引き取ることとなります。 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>「事業者からの解約」</p> <p>① 入居申込書に虚偽記載等の不正手段により入居した場合。 ② 正当な理由なく利用者その他自己の支払うべき費用を2ヶ月滞納したとき。 ③ 入居者の行動が他の入居者の生命に危害をおよぼす恐れがあり、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止できない場合。 ④ 有料老人ホーム我孫子入居契約における信頼関係を著しく害する行為がある場合。 ⑤ 入居者が医師の診断により入院が当初1ヶ月以上必要と判断され且つ事業者が退居の必要を認めたとき。</p> <p>「入居者からの解約」</p> <p>入居者は事業者に対し少なくとも30日前に解約の申し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。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るものとします。入居者が解約届を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から換算して30日目をもって本契約は解除されたものと推測します。(退居精算は、退居した月の翌月末精算)</p> | | |
| 体験入居の内容 | 体験入居は7泊8日まで可能です。(但し居室に空きのある場合) 1泊3食付 5,000円(税込) | | |
| 入居定員 | 50人 | | |
| その他 | | | |

| 入居者の状況 | | | | | | |
|---------------------------|-------|-----------|----------|-----------|------------|-------|
| 入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日） | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 75歳以上85歳未満 | 5 | 3 | 0 | 2 | 1 | 11 |
| 85歳以上 | 3 | 4 | 7 | 6 | 4 | 24 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 0 | 0 | 2 | 0 | | 2 |
| 85歳以上 | 0 | 4 | 4 | 0 | | 8 |
| 入居者の平均年齢 | | | | | | 87.6歳 |
| 入居者の男女別人数 | 男性 | 6 | | 女性 | 41 | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む） | | | | | | 94% |
| 前年度に退去した者の人数 | | | | | | |
| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 社会福祉施設 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 医療機関 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| 死亡者 | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 死亡者 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 入居者の入居期間 | | | | | | |
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上1年未満 | 1年以上5年未満 | 5年以上10年未満 | 10年以上15年未満 | 15年以上 |
| 入居者数 | 5 | 8 | 24 | 2 | 8 | 0 |

施設、設備等の状況

| | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|--|--|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり |
| 居室の状況 | 区分 | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 |
| | 一般居室個室 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | m ² |
| | 一般居室相部屋 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | m ² |
| | 介護居室個室 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 50 | 18.00~19.82 m ² |
| | 介護居室相部屋 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | m ² |
| | 一時介護室 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | m ² |
| | 共用便所の設置数 | 7 | うち男女別の対応が可能な数 | | 7 |
| | | うち車いす等の対応が可能な数 | | 4 | |
| 個室の便所の設置数 | 50 | 個室における便所の設置割合 | | 100% | |
| | | うち車いす等の対応が可能な数 | | 50 | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 |
| | | 5 | 0 | 0 | 0 |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | 上記、個浴のうち、リフト浴兼用1 | | | |
| 食堂の設備状況 | システムキッチン、食洗器、車椅子対応可 | | | | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | あり | | |
| その他、共用施設の設備状況 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 正面玄関、ロビー、機能訓練室、応接室(相談室)、ランドリー等 | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | |
| (その内容) 車椅子、歩行器対応、手摺り、床材フロアシート | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり | | |
| 外線電話回線の設置状況 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | 一部あり | 全居室内にあり | | |
| テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 全居室内にあり | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | |
| 敷地の面積 | 794.51 m ² | | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | 一部あり | あり | | |
| 抵当権の設定 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | あり | | |
| 貸借(借地) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 契約期間 | 始 | 平成28年5月1日 | 終 |
| | | 契約の自動更新 | なし | | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | |
| 建物の延床面積 | 1,594.71 m ² | | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | 一部あり | あり | | |
| 抵当権の設定 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | あり | | |

| | | | | | | |
|--------|-------------------------------------|---------|---|-----------------|---|-------------------------------------|
| 貸借（借家） | | | | | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> | 契約期間 | 始 | 平成 28 年 5 月 1 日 | 終 | 平成 33 年 4 月 30 日 |
| | | 契約の自動更新 | | なし | | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|-----------|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | |
| 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 | 有料老人ホーム我孫子 苦情窓口（施設長） | |
| 電話番号 | 06-6696-5621 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後6時 |
| | 土曜 | 午前9時～午後6時 |
| | 日曜・祝日 | 午前9時～午後6時 |
| 定休日等 | なし | |
| 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 | 大阪市福祉局介護保険課指定指導グループ 06-6241-0315 | |
| 電話番号 | 国民健康保険団体連合会 06-6949-5418 おおさか介護サービス相談センター 06-6209-3266 | |
| 対応している時間 | 平日 | 午前9時～午後5時 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日等 | 土曜、日曜、祝日、年末年始（12月29日～1月3日迄） | |
| 事故発生時の対応方法 | 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、大阪府、利用者の家族等に連絡を行うと共に、必要な処置を講じます。 | |
| 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 | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> (その内容) あいおいニッセイ同和損保 「介護保険・社会福祉事業者総合保険」 | |
| その他、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に関すること | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> (その内容) サービス提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。但し、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。 なお、入居者が個別に所持する現金や貴金属類等に関しては自己管理とし、紛失等に関する賠償等についての責任は一切負いません。買物代行等のサービスをご利用いただきますようお願い致します。 | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | |
| (その内容) 入居者様それぞれのニーズに合わせた生活を提供し、認知症の方や医療が必要な方にも、専門的な認知症ケアや医療連携体制により、安心の生活を提供いたします。 | | |
| 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 | 実施した年月日 | 令和1年11月15日 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | | |
| なし | あり | 実施した年月日 | 平成28年10月11日 | |
| | | 実施した評価機関の名称 | ナルク福祉調査センター | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |
| [緊急時における対応方法について] | | | | |
| <p>事業者は、サービスの提供を行っている時に、利用者の病状等が急変し、又はその他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医などに連絡を行うなどの必要な処置を講じると共に、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。</p> | | | | |
| [高齢者虐待防止について] | | | | |
| <p>事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。 (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。 (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。 | | | | |
| [秘密の保持について] | | | | |
| <p>事業者は利用者の個人情報について「個人情報に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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為のガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由無く、第三者に漏らしません。 (2) この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後において継続します。 (3) 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させる為、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 | | | | |
| [個人情報の保護について] | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> (1) 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いませぬ。又、利用者の家族の個人情報についても予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 (2) 事業者は、利用者及びその家族情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録物を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 (3) 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加、削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります） | | | | |

5. 利用料金

| | | | |
|--|--------------|--------|--------|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合 | | なし | あり |
| 一時金に関する費用 | | | |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの） | | なし | あり |
| 名称 | | | |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | | なし あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料（人員配置が手厚い場合の介護サービス） | | なし | あり |
| （「あり」の場合、その内容及び利用料） | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | なし | あり |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | | なし あり |
| | サービス提供を開始した月 | | なし あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |

| | | | |
|-----------|----|----|--------|
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) |
|-----------|----|----|--------|

| | | | | |
|-------------------------|--------------|--------|--------|----|
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | | |
| 名称 | | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり | |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり | |
| | 上記以外 | (その内容) | | |
| 初期償却率 (%) | | | | |
| 償却年月数 | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) | |
| ④その他に要する一時金 | | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | | |
| 名称 | | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) | |
| | | | | |
| 一時金に対する留意事項 | なし | あり | (その内容) | |

| 介護保険給付以外のサービスに要する費用 | | | |
|--|---|--|--|
| 月額の場合の利用料の額 | | | |
| 管理費 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 月額 28,290円 (税込) |
| | (「あり」の場合、その用途) 居室の水道光熱費、共用施設の維持管理費、修繕費、事務管理部門の人件費、備品、消耗品費等 | | |
| 食費 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 月額 43,200円 (税込) |
| | (「あり」の場合、その内容) 上記、食費代は、1日あたり3食で30日計算 ケイタリングサービスの諸経費、食事部門の人件費、設備、備品代(調理具・食器等) | | |
| 光熱水費 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 管理費に含む |
| 利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | なし | あり |
| 個別的な選択による介護サービス | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) 別添「介護サービス等の一覧表」参照 | | | |
| 家賃相当額 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 月額 63,000円 (非課税) |
| その他に必要な月額利用料 | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) 電話代、新聞代等の個人費用は、別途実費分をお支払ください。 特別家電製品(持込の場合)1個につき550円(税込) | | | |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) 実費：おむつ代、ご入居者の嗜好品に応じた特別な食事・おやつ、理美容師による理美容サービス | | | |
| 改定ルール | 人件費、物価変動等に基づき運営懇談会の意見を参考にし、決定します。介護費用については、介護保険の給付基準が変更された場合、それに連動して変更致します。又各費用は内税になっておりますが、消費税率が変更された場合はそれに連動致します。 | | |
| 利用料等の支払い方法 | 月額利用料、保険外サービス費用、介護保険料個人負担金等立替金等は毎月20日頃請求書を送付させて頂き、当該月末日に契約時に申請いただいております金融金管口座より引き落とし致します。 | | |

【保険給付サービス基本料金】

地域区分 2級地 10.72円

2019年度介護報酬改定単位にて算出(2019年10月1日)

| 要介護度 | 1日当たりの 特定入居者生 活介護費 | 1日当たりの 介護費の10割 | 1日当たりの 自己負担 (1割) | 1日当たりの 自己負担 (2割) | 1日当たりの 自己負担 (3割) |
|------------------|---|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 要支援1 | 180単位 | 1,929円 | 193円 | 386円 | 579円 |
| 要支援2 | 310単位 | 3,323円 | 333円 | 665円 | 997円 |
| 要介護1 | 536単位 | 5,745円 | 575円 | 1,149円 | 1,724円 |
| 要介護2 | 602単位 | 6,453円 | 646円 | 1,291円 | 1,936円 |
| 要介護3 | 671単位 | 7,193円 | 720円 | 1,439円 | 2,158円 |
| 要介護4 | 735単位 | 7,879円 | 788円 | 1,576円 | 2,364円 |
| 要介護5 | 804単位 | 8,618円 | 862円 | 1,724円 | 2,586円 |
| 【各加算】 | | | | | |
| サービス提供体制加算(Ⅲ) | 6単位 | 64円 | 7円 | 13円 | 20円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 8. 2% (特定施設入居者生活介護費+対象加算) × 82/1000 に相当する額を加算。 | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 1. 2% (特定施設入居者生活介護費+対象加算) × 11/1000 に相当する額を加算。 | | | | |

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

「短期利用のサービス等の概要」(※短期利用入居契約時)

※説明を受けた者の氏名及び捺印

_____ ④ (契約者との関係)

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ ④

※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、捺印を求める

別添

介護サービス等の一覧表 (税別)

| | | 要支援1・要支援2・要介護1～要介護5 | |
|----------|-----------------|--------------------------|-----------------------|
| 介護を行う場所 | | 介護居室 | 介護居室 |
| | | 介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス | 別途利用料金を徴収した上で実施するサービス |
| 【介護サービス】 | | | |
| 巡回 | ・昼間 9:00～21:00 | 定期巡回 | — |
| | ・夜間 21:00～9:00 | 定期巡回 | — |
| 食事 | ・食事介助 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| 排せつ | ・排せつ介助 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| | ・おむつ交換 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| | ・おむつ代 | — | 利用に応じて実費徴収 |
| 入浴 | ・清拭介助 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| | ・一般浴室見守り | 身体状況に合わせて実施 | — |
| | ・一般浴室介助 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| | ・リフト浴室介助 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| その他介助 | ・体位変換 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| | ・移動介助 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| | ・衣類の着脱介助 | 身体状況に合わせて実施 | — |
| | ・整容介助(身だしなみケア) | 身体状況に合わせて実施 | — |
| 訓練 | ・機能訓練 | 週2回以上機能訓練室にて実施 | — |
| 通院介助 | ・協力医療機関への通院介助 | 実施する | — |
| | ・協力医療機関以外への通院介助 | — | 2,500円/時 |
| 緊急時 | ・ナースコール対応 | 実施する | — |

| | | | |
|----------|----------------------|------|-----------------------|
| 入退院時・入院中 | ・医療費 | — | — |
| | ・移送サービス | — | — |
| | ・協力医療機関での入退院時の同行 | 実施する | — |
| | ・協力医療機関以外での入退院時の同行 | — | 2,500円/時 |
| | ・入院中の洗濯物交換や買物 | — | — |
| 【生活サービス】 | | | |
| 生活サービス | ・居室清掃 | 定期実施 | — |
| | ・リネン(シーツ)交換 | 定期実施 | — |
| | ・日常の洗濯 | 定期実施 | — |
| 食事サービス | ・居室配膳・下膳 | — | — |
| | ・個別の嗜好に応じた特別な食事 | — | — |
| | ・おやつ | 実施する | — |
| 理美容サービス | | — | 希望に応じて訪問理美容にて実施(実費負担) |
| 代行サービス | ・買物 | — | 1,500円/時 |
| | ・公共機関での手続き | — | 1,500円/時 |
| | ・金銭管理、貯金管理 | — | — |
| 代行サービス | ・定期健康診断 | 年2回 | — |
| | ・健康相談 | 随時実施 | — |
| | ・生活指導、栄養指導 | 随時実施 | — |
| | ・服薬支援 | 随時実施 | — |
| | ・生活リズムの記録(排せつ、睡眠状態等) | 随時実施 | — |
| | 送迎サービス | — | 1,000円/時 |
| | その他のサービス | — | 1,500円/時 |

別添 2

短期利用のサービス等の概要

(1) サービスの内容

| | |
|-------------|---------------------------------|
| 利用可能期間 | 最短 2 日 ～ 最長 30 日 |
| サービス の内容 | ① 重要事項説明書「4 サービスの内容」と同一である |
| | 2 重要事項説明書「4 サービスの内容」と相違するところがある |
| | 《上記 2 に該当する場合のサービス内容の相違点》 |

(2) 利用料

| | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|----------------|---------|---------|---------|-----|
| 費用の支払い方法 ※ | 日額利用料その他は、利用終了時に全額払い。 | | | | | | |
| 1 日あたりの利用料 | 4, 483 円 | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | ☐ ・ 有 | | | | | | |
| | 要介護状態に応じた金額設定 | | | | | | |
| 料金プラン ※ | 内 訳 | | | | | | |
| | 利用料 | 管理費 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 家賃相当額 | その他 |
| | 4,483 円 | 943 円 | 0 円 | 1,440 円 | 0 円 | 2,100 円 | 0 円 |
| 算定根拠 ※ | 管理費 | 月払い方式の設定の 30 分の 1 に相当する額 | | | | | |
| | 介護費用 | — | | | | | |
| | 食費 | 月払い方式の設定で定める 1 日あたりの料金 | | | | | |
| | 光熱水費 | 管理費に含む | | | | | |
| | 家賃相当額 | 月払い方式の設定の 30 分の 1 に相当する額 | | | | | |
| | その他 | — | | | | | |
| 1 日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※ | 医療費、理美容費、紙おむつ代、特別家電製品（持込の場合）1 個につき 550 円、「個別的な選択による介護サービス」に定める有料サービス利用費 | | | | | | |
| 介護保険に係る利用料 ※（利用者の負担割合に応じて 1 割～3 割が自己負担） | 特定施設入居者生活介護 | | | | | | |
| | | 日額 (10 割) | 自己負担日額 (負担割合別) | | | | |
| | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 | | |
| | 要介護 1 | 5,745 円 | 575 円 | 1,149 円 | 1,724 円 | | |
| | 要介護 2 | 6,453 円 | 646 円 | 1,291 円 | 1,936 円 | | |
| | 要介護 3 | 7,193 円 | 720 円 | 1,439 円 | 2,158 円 | | |
| | 要介護 4 | 7,879 円 | 788 円 | 1,576 円 | 2,364 円 | | |
| 要介護 5 | 8,618 円 | 862 円 | 1,724 円 | 2,586 円 | | | |
| 夜間看護体制加算 (☐・有) 医療連携体制加算 (☐・有) | | | | | | | |
| サービス提供体制加算 (Ⅲ) (☐・☑) 介護職員処遇改善加算 (☐・☑) | | | | | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 (☐・☑) | | | | | | | |

(3) その他

| | |
|----------------------|--|
| 利用（契約）に際しての留意点、特記事項等 | ・ 個別的な外出同行のご要望があっても、お答えできない場合もありますのでご了承ください。 |
|----------------------|--|