

## 重要事項説明書

|       |              |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 令和3年7月27日    |
| 記入者名  | 小阪 俊明        |
| 所属・職名 | ファンライフ箕面・施設長 |

## 1 事業主体概要

|            |   |  |
|------------|---|--|
| 名称         | (ふりがな)かぶしきがいしゃ あるてでいあ<br>株式会社 アルテディア          |  |
| 法人番号       | 8010401056509                                 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 101-0054<br>東京都千代田区神田錦町三丁目23 メットライフ神田錦町ビル7階 |  |
| 連絡先        | 電話番号/FAX番号                                    | 03-5281-8440/03-3295-0551                                    |
|            | メールアドレス                                       |  |
|            | ホームページアドレス                                    | <a href="http://www.altidea.com">http:// www.altidea.com</a> |
| 代表者(職名/氏名) | 代表取締役 / 飯田 道明                                 |  |
| 設立年月日      | 平成 12年3月27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)<br>介護施設運営事業             |  |

## 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)ふあんらいふみのお<br>ファンライフ箕面                                   |  |
| 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                   | 介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)                                    |  |
| 所在地                          | 〒 562-0022<br>大阪府箕面市粟生間谷東1丁目14番8号                             |  |
| 主な利用交通手段                     | 阪急千里線「北千里」駅よりバス「尼谷経由粟生団地行き」<br>もしくは「尼谷経由間谷住宅行き」「尼谷」停留所下車、徒歩5分 |  |
| 連絡先                          | 電話番号  | 072-728-8875   |
|                              | FAX番号   | 072-728-8879   |
|                              | ホームページアドレス  | <a href="http://www.altidea.com">http:// www.altidea.com</a> |
| 管理者(職名/氏名)                   | 施設長 / 小阪 俊明   |  |
| 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 22年11月1日 (当初開設日 平成20年4月1日)                                 |  |

## (特定施設入居者生活介護の指定)

|                                  |             |            |     |
|----------------------------------|-------------|------------|-----|
| 特定施設入居者生活介護<br>介護保険事業者番号         | 2771401425  | 所管している自治体名 | 大阪府 |
| 特定施設入居者生活介護<br>指定日               | 平成 22年11月1日 |            |     |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護<br>介護保険事業者番号 | 2771401425  | 所管している自治体名 | 大阪府 |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護<br>指定日       | 平成 22年11月1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                                   | 3,455.4 m <sup>2</sup>              |               |                          |                  |                          |                     |             |                    |  |
| 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                                 | 6,567.3 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム部分 |               |                          |                  | 6,567.3 m <sup>2</sup> ) |                     |             |                    |  |
|        | 竣工日                                  | 平成 17年5月11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                                   | 8階                                  |               | (地上 8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                                  | 73戸                                 |               |                          | 届出又は登録(指定)をした室数  |                          |                     | 72室 ( 52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                               | ○                                   | ○             | ○                        | ○                | ○                        | 43.0m <sup>2</sup>  | 22          | Hタイプ               |  |
|        | 一般居室個室                               | ○                                   | ○             | ○                        | ○                | ○                        | 49.2m <sup>2</sup>  | 18          | Oタイプ               |  |
|        | 一般居室個室                               | ○                                   | ○             | ○                        | ○                | ○                        | 50.0m <sup>2</sup>  | 10          | Nタイプ               |  |
|        | 一般居室個室                               | ○                                   | ○             | ○                        | ○                | ○                        | 60.9m <sup>2</sup>  | 5           | Mタイプ               |  |
|        | 一般居室個室                               | ○                                   | ○             | ○                        | ○                | ○                        | 57.9m <sup>2</sup>  | 7           | Iタイプ               |  |
|        | 介護居室個室                               | ○                                   | ○             | ×                        | ×                | ○                        | 23.55m <sup>2</sup> | 10          | Cタイプ               |  |
|        | 一時介護室                                | ×                                   | ○             | ×                        | ×                | ×                        | 11.2m <sup>2</sup>  | 1           | 一時介護室              |  |
|        |                                      |                                     |               |                          |                  |                          |                     |             |                    |  |
| 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  |                          |                     | 2ヶ所         |                    |  |
|        |                                      |                                     |               |                          | うち車椅子等の対応が可能なトイレ |                          |                     | 2ヶ所         |                    |  |
|        | 共用浴室                                 | 個室 1ヶ所                              |               | 個室 1ヶ所                   |                  |                          |                     |             |                    |  |
|        | 共用浴室における介護浴槽                         | チェア浴 1ヶ所                            |               | ヶ所                       |                  |                          | その他：                |             |                    |  |
|        | 食堂                                   | 1ヶ所                                 |               | 面積 195.06 m <sup>2</sup> |                  | 入居者や家族が利用できる調理設備         |                     | なし          |                    |  |
|        | 機能訓練室                                | 1ヶ所                                 |               | 面積 109.1 m <sup>2</sup>  |                  |                          |                     |             |                    |  |
|        | エレベーター                               | あり(車椅子対応)                           |               |                          |                  |                          |                     |             | 1ヶ所(2基)            |  |
|        | 廊下                                   | 中廊下 2.1 m                           |               | 片廊下 1.6 m                |                  |                          |                     |             |                    |  |
|        | 汚物処理室                                | 6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      |                    |  |
| その他    | 通報先 事務室・NS・PHS 通報先から居室までの到着予定時間 1～2分 |                                     |               |                          |                  |                          |                     |             |                    |  |
|        | 談話コーナー、図書コーナー等                       |                                     |               |                          |                  |                          |                     |             |                    |  |
| 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                                  | 防災計画          |                          | 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)

|                          |   |                     |
|--------------------------|---|---------------------|
| <p>運営に関する方針</p>          | <p>1 指定特定施設入居者生活介護の提供にあたって、要介護状態の入居者に対し、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必要な援助を行います。</p> <p>指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供にあたって、要支援状態の入居者に対し、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、要支援状態となった場合でも、自立した日常生活を営むことができるよう、入居者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。</p> <p>2 介護は、入居者の心身の状況に応じ、入居者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術を持って行うものとし、漠然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。</p> <p>3 事業は、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。</p> <p>4 当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行わないこととし、やむを得ず身体的拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の入居者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。</p> <p>5 事業の実施にあたっては、事業所の所在する市町村、協力医療機関に加え、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者と連携に努めるとともに、常に入居者の家族との交流等の機会を確保するよう努めるものとします。</p> <p>6 前5項のほか、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」(平成24年大阪府条例115条)「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」(平成24年大阪府条例第116号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。</p> |                     |
| <p>サービスの提供内容に関する特色</p>   |   |                     |
| <p>サービスの種類</p>           | <p>提供形態</p>   | <p>委託業者名等</p>       |
| <p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>     | <p>自ら実施</p>   |                     |
| <p>食事の提供</p>             | <p>委託</p>   | <p>株式会社LEOC</p>     |
| <p>調理、洗濯、掃除等の家事の供与</p>   | <p>自ら実施</p>   |                     |
| <p>健康管理の支援(供与)</p>       | <p>自ら実施</p>   |                     |
| <p>状況把握・生活相談サービス</p>     | <p>自ら実施</p>   |                     |
| <p>提供内容</p>              |   |                     |
| <p>サ高住の場合、常駐する者</p>      |   |                     |
| <p>健康診断の定期検診</p>         | <p>なし</p>   | <p>希望者に案内を行います。</p> |
|                          | <p>提供方法</p>   |                     |
| <p>利用者の個別的な選択によるサービス</p> | <p>※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)</p>   |                     |
| <p>虐待防止</p>              | <p>①虐待を防止するための従業者に対する研修の実施<br/>                 ②利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備<br/>                 ③その他虐待防止のために必要な措置<br/>                 ・成年後見制度の利用支援<br/>                 ・介護相談員の受入れ<br/>                 ④従業者または養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)に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。<br/>                 虐待防止責任者は小阪俊明(施設長)とします。</p>   |                     |

|       |  |
|-------|--|
| 身体的拘束 | <p>下記の理由のような緊急やむを得ない場合は、本人又はご家族へ至るまでの経過・理由等を事前に説明をさせていただき、承諾（身体拘束承諾書）後に、身体拘束を行う場合もあります。</p> <p>①入居者様本人、又は他の入居者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。<br/> ②身体的拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと<br/> ③身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること（虐待防止に関する事項）</p> |
|-------|--|

(介護サービスの内容)

|                                |  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
|--------------------------------|--|--------------|--|----------------|---|------------|---------------------------------------|------|---------------------------------|---------|--|------|---|
| 特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画等の作成 | <p>①計画作成担当者は、指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供開始前に、入居者の意向や心身の状況等のアセスメント等を行い、援助の目標に応じて具体的なサービスの内容、サービス提供期間等を記載した特定施設サービス計画・介護予防特定施設サービス計画（以下、「計画」という。）を作成します。</p> <p>②計画の作成にあたっては、多様なサービスの提供及び利用に努め、入居者及び家族等に対して、その内容を理解しやすいよう説明し、同意を得たうえで交付するものとしします。</p> <p>③計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、入居者の状況やサービスの提供状況について、計画作成担当者に報告します。</p> <p>④計画に記載しているサービス提供期間が終了するまでに、少なくとも1回は、計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。</p> <p>⑤計画作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行います。</p>   |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 日常生活上の世話                       | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="220 898 539 976">食事の提供及び介助</td> <td data-bbox="539 898 1417 976">食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 976 539 1055">入浴の提供及び介助</td> <td data-bbox="539 976 1417 1055">自ら入浴が困難な利用者に対し、1週間に2回以上、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 1055 539 1111">排泄介助</td> <td data-bbox="539 1055 1417 1111">介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、排泄の介助やおむつ交換を行います。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 1111 539 1155">更衣介助</td> <td data-bbox="539 1111 1417 1155">介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 1155 539 1223">移動・移乗介助</td> <td data-bbox="539 1155 1417 1223">あり<br/>介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 1223 539 1279">服薬介助</td> <td data-bbox="539 1223 1417 1279">あり<br/>介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。</td> </tr> </table> | 食事の提供及び介助    | 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。 | 入浴の提供及び介助      | 自ら入浴が困難な利用者に対し、1週間に2回以上、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 | 排泄介助       | 介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、排泄の介助やおむつ交換を行います。 | 更衣介助 | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。 | 移動・移乗介助 | あり<br>介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。 | 服薬介助 | あり<br>介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 |
| 食事の提供及び介助                      | 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。   |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 入浴の提供及び介助                      | 自ら入浴が困難な利用者に対し、1週間に2回以上、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 排泄介助                           | 介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、排泄の介助やおむつ交換を行います。  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 更衣介助                           | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 移動・移乗介助                        | あり<br>介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助を行います。   |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 服薬介助                           | あり<br>介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 機能訓練                           | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="220 1279 539 1335">日常生活動作を通じた訓練</td> <td data-bbox="539 1279 1417 1335"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 1335 539 1402">レクリエーションを通じた訓練</td> <td data-bbox="539 1335 1417 1402">レクリエーション時に座位体操を行います。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 1402 539 1447">器具等を使用した訓練</td> <td data-bbox="539 1402 1417 1447"></td> </tr> </table>  | 日常生活動作を通じた訓練 |  | レクリエーションを通じた訓練 | レクリエーション時に座位体操を行います。  | 器具等を使用した訓練 |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 日常生活動作を通じた訓練                   |  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| レクリエーションを通じた訓練                 | レクリエーション時に座位体操を行います。   |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 器具等を使用した訓練                     |  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| その他                            | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="220 1447 539 1491">創作活動など</td> <td data-bbox="539 1447 1417 1491">あり</td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 1491 539 1536">健康管理</td> <td data-bbox="539 1491 1417 1536"></td> </tr> </table>  | 創作活動など       | あり   | 健康管理           |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 創作活動など                         | あり   |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 健康管理                           |  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| 施設の利用に当たっての留意事項                |  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |
| その他運営に関する重要事項                  | <p>①事業所は、従業員の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務の執行体制についても検証、整備します。</p> <p>(1) 採用時研修 採用後1ヶ月以内<br/> (2) 継続研修 年2回</p> <p>②従業員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。</p> <p>③従業員であった者に、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ため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p> <p>④事業所は、指定特定施設入居者生活介護[指定介護予防特定施設入居者生活介護]に関する記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存するものとしします。</p> <p>⑤この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は株式会社アルテディアと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとしします。</p>  |              |  |                |   |            |                                       |      |                                 |         |  |      |   |

|                                |                |                             |
|--------------------------------|----------------|-----------------------------|
| 短期利用特定施設入居者生活介護の提供             | なし             |                             |
| 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 | 個別機能訓練加算       | なし                          |
|                                | 夜間看護体制加算       | あり                          |
|                                | 医療機関連携加算       | あり                          |
|                                | 看取り介護加算        | なし                          |
|                                | 認知症専門ケア加算      | なし                          |
|                                | サービス提供体制強化加算   | (Ⅱ) あり                      |
|                                | 介護職員処遇改善加算     | (Ⅰ) あり                      |
|                                | 介護職員等特定処遇改善加算  | (Ⅰ) あり                      |
|                                | 入居継続支援加算       | なし                          |
|                                | 生活機能向上連携加算     | なし                          |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算  | なし                          |
|                                | 口腔衛生管理体制加算     | なし                          |
|                                | 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし                          |
|                                | 退院・退所時連携加算     | あり                          |
|                                | ADL維持等加算       | なし                          |
| 科学的介護推進体制加算                    | なし             |                             |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施              | なし             | (介護・看護職員の配置率)<br>2.7 : 1 以上 |

(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      |                                    |
|          | その他の場合：     |                                    |
| 協力医療機関   | 名称          | 医療法人博寿会 千里古江台クリニック                 |
|          | 住所          | 大阪府吹田市古江台5-3-7 ケアレジ 千里古江台1階        |
|          | 診療科目        | 内科、循環器内科                           |
|          | 協力内容        | 訪問診療、急変時の対応                        |
|          |             | その他の場合                             |
|          | 名称          | 医療法人あいぜん会 あいぜん診療所                  |
|          | 住所          | 大阪府吹田市山田東1-36-1 ライオンズマンション万博公園105号 |
|          | 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                             |
|          | 名称          | 医療法人ミナテラス かすがいクリニック                |
|          | 住所          | 大阪府箕面市粟生間谷西二丁目8番 箕面粟生第七団地104号室     |
| 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      |                                    |
| 協力歯科医療機関 | 名称          | 医療法人メディエフ 寺嶋歯科医院                   |
|          | 住所          | 大阪府箕面市百楽荘1-3-21                    |
|          | 協力内容        | 訪問診療                               |
|          |             | 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 | 一時介護室へ移る場合   |      |  |
|                | 介護居室へ移る場合  |      |  |
|                | その他の場合   |      |  |
| 判断基準の内容        | <p>&lt;一時介護室へ移る場合&gt;</p> <p>①骨折・けが等により、一時的に移動・食事・排泄・入浴等において、全面的な介護が必要な場合。</p> <p>②一時的な心身機能上の障害により移動・食事・排泄・入浴等において、介助が必要な場合。</p> |      |  |
|                | <p>&lt;介護居室へ移る場合&gt;</p> <p>施設は一般居室での介護を前提に運営しておりますが、重度の認知症、その他入居者の心身機能上の障害により一般居室での生活が困難とみなされた場合に介護居室に住み替えていただく場合があります。</p>     |      |  |
| 手続の内容          | <p>&lt;一時介護室へ移る場合&gt;</p> <p>事業者の指定する医師の意見を聴き、本人の意思を尊重し、かつ身元引受人等の意見を聞いた上で、一時介護室で介護させていただきます。</p>                                 |      |  |
|                | <p>&lt;介護居室へ移る場合&gt;</p> <p>医師の意見を参考に、緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設け、本人の同意を得て、身元引受人の意見を聞いた上で介護居室に住み替えていただく場合があります。</p>                |      |  |
| 追加的費用の有無       | なし   | 追加費用 |  |

|              |   |    |        |       |
|--------------|---|----|--------|-------|
| 居室利用権の取扱い    | <p>&lt;一時介護室へ移る場合&gt;<br/>従前の居室の利用権は継続いたします。</p> <p>&lt;介護居室へ移る場合&gt;<br/>1. 介護居室での契約の更新をします。原則、従前の一般居室の利用権は消滅し介護居室に利用権が設定されます。<br/>2. 一時金方式で入居された場合で、当初入居した一般居室の入居一時金の償却が終了している場合には、追加の一時金の請求はありません。介護居室の保証金、家賃相当額及び管理費を負担していただきます。<br/>3. 一時金方式で入居され、かつ一般居室の入居一時金の未償却残高がある場合には、次に定めるとおりとします。<br/>①一室1名の入居の方が、介護居室に住み替える場合。<br/>・明け渡した一般居室の入居一時金の未償却残高が新たに入居する介護居室の入居一時金を上回る場合には、入居者にその差額を返還します。<br/>・明け渡した一般居室の入居一時金の未償却残高が新たに入居する介護居室の入居一時金を下回る場合には、未償却残高全額を住み替え時に必要な介護居室の入居一時金とみなし、追加の一時金の請求はいたしません。<br/>・介護居室の保証金、家賃相当額及び管理費を負担していただきます。<br/>②一室2名入居の方のうち、1名のみが介護居室に住み替えられ、1名が従前の一般居室の入居を継続される場合。<br/>・従前の居室の入居が継続するため入居一時金の返還はありませんが、介護居室に入居される方に対する入居一時金の追加請求もありません。<br/>・従前の居室の家賃相当額及び管理費に加え、介護居室の保証金、介護居室の家賃相当額及び管理費を負担していただきます。<br/>③一室2名入居の方が、2名とも介護居室に住み替えられる場合<br/>・明け渡した一般居室の入居一時金の未償却残高が新たに入居する介護居室（2室分）の入居一時金を上回る場合には、入居者にその差額を返還します。<br/>・明け渡した一般居室の入居一時金の未償却残高が新たに入居する介護居室（2室分）の入居一時金を下回る場合には、未償却残高全額を住み替え時に必要な介護居室の入居一時金とみなし、追加の一時金の請求はいたしません。<br/>・介護居室は1室1名利用の条件であるため、介護居室の保証金、家賃相当額及び管理費を2名分負担していただきます。<br/>4. 月払い方式で入居された場合には、入居する居室に応じた保証金、家賃相当額及び管理費を負担していただきます。</p> |    |        |       |
|              | 前払金償却の調整の有無   | あり | 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  | 面積の減少 |
|              | 便所の変更   | なし | 変更の内容  |       |
|              | 浴室の変更   | あり | 変更の内容  | 浴室なし  |
|              | 洗面所の変更  | なし | 変更の内容  |       |
|              | 台所の変更   | あり | 変更の内容  | 台所なし  |
|              | 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           | 自立者、要支援認定者、要介護認定者   |   |  |
| 契約の解除の内容       | <p>事業者は、入居者に次の事由があり、かつ信頼関係を著しく害する場合には、本契約を解除することができます。</p> <p>①入居に際し虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき<br/>                 ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、2か月以上遅滞するとき<br/>                 ③（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき<br/>                 ④入居者の行動が、他の入居者又は事業者の役員の生命・身体・健康・財産（事業者の財産を含む）に危害を及ぼし、ないしは、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>*規定に基づく契約解除の場合、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>①契約解除の通告について90日の予告期間をおく<br/>                 ②解除通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける<br/>                 ③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> |   |  |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | 入居契約書第26条のとおり<br>入居者の行動が、他の入居者又は事業者の役員の生命・身体・健康・財産（事業者の財産を含む）に危害を及ぼし、ないしは、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等。 |  |
|                | 解約予告期間  | 90日間  |  |
| 入居者からの解約予告期間   | 30日間  |   |  |
| 体験入居           | なし  | 内容  |  |
| 入居定員           | 97人   |   |  |
| その他            |   |   |  |



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  | 0   | 1      |               |
| 生活相談員                  | 1         | 1  | 0   | 1      |               |
| 直接処遇職員                 | 23        | 13 | 10  | 18.4   |               |
| 介護職員                   | 18        | 12 | 6   | 15.3   |               |
| 看護職員                   | 5         | 1  | 4   | 3.1    | 内、5名機能訓練指導員兼務 |
| 機能訓練指導員                | 5         | 1  | 4   | 0.1    | 内、5名看護職員兼務    |
| 計画作成担当者                | 2         | 1  | 1   | 1.6    |               |
| 栄養士                    | 0         | 0  | 0   | 0      |               |
| 調理員                    | 0         | 0  | 0   | 0      |               |
| 事務員                    | 3         | 3  | 0   | 3      |               |
| その他職員                  | 12        | 0  | 12  | 7.1    |               |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 |           |    |     |        | 40 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            | 14 | 8  | 6   |
| 介護福祉士実務者研修修了者    | 0  | 0  | 0   |
| 介護職員初任者研修修了者     | 2  | 2  | 0   |
| 認定特定行為業務従事者：1号研修 | 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 | 備考 |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 5  | 1  | 4   |
| 理学療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0  | 0   |
| 柔道整復師       | 0  | 0  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0  | 0   |
| はり師         | 0  | 0  | 0   |
| きゅう師        | 0  | 0  | 0   |

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 時～ 時) |      |                     |
|------------------|------|---------------------|
|                  | 平均人数 | 最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く) |
| 看護職員             | 0 人  | 0 人                 |
| 介護職員             | 2 人  | 2 人                 |
| 生活相談員            | 0 人  | 0 人                 |
|                  | 人    | 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<br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略)         | 契約上の職員配置比率                         | 3 : 1以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.7 : 1 |
| 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) | 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  |     |      |        | なし    |     |         |     |         |     |   |
|                      | 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          | 0         | 0   | 8    | 5      | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 1   |   |
| 前年度1年間の退職者数          | 0         | 0   | 7    | 2      | 0     | 0   | 0       | 0   | 1       | 0   |   |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満      | 0   | 0    | 6      | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |   |
|                      | 1年以上3年未満  | 0   | 2    | 3      | 4     | 0   | 0       | 0   | 2       | 0   |   |
|                      | 3年以上5年未満  | 0   | 1    | 1      | 1     | 1   | 0       | 0   | 1       | 0   |   |
|                      | 5年以上10年未満 | 1   | 1    | 2      | 1     | 0   | 0       | 1   | 1       | 1   | 0 |
|                      | 10年以上     | 0   | 0    | 0      | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   | 0 |
| 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<br>※該当する方式を全て<br>選択                              |
|                            |     | 一部前払い・一部月払い方式  |
|                            |     | 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 |     | なし   |
|                            |     | 内容： 食費は喫食数に応じた金額のみ請求                                     |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案した結果、改定の必要があると判断した場合 |
|                            | 手続き | 運営懇談会の意見を聞いた上で決定   |

### (代表的な利用料金のプラン)

|  |                  | プラン1（一時金方式）                        | プラン2（月払い方式）                |
|--|------------------|------------------------------------|----------------------------|
| 入居者の状況   | 要介護度             | 要介護1                               | 要介護1                       |
|  | 年齢               | 83歳                                | 83歳                        |
| 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              | 43.0㎡                              | 43.0㎡                      |
|  | トイレ              | あり                                 | あり                         |
|  | 洗面               | あり                                 | あり                         |
|  | 浴室               | あり                                 | あり                         |
|  | 台所               | あり                                 | あり                         |
|  | 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） | 300万円                              | 0円                         |
|  | 敷金               | 324,000円                           | 324,000円                   |
| 月額費用の合計  |                  |                                    |                            |
| 家賃   |                  | 76,500円                            | 108,000円                   |
| サービス費用   | 介護保険外            | 特定施設入居者生活介護※の費用<br>(要介護1 介護保険負担1割) | (要介護1 介護保険負担1割)<br>19,780円 |
|  |                  | 食費                                 | 62,700円                    |
|  | 管理費              | 86,000円                            |                            |
|  | 状況把握及び生活相談サービス費  |                                    |                            |
|  | 電気代              | 実費                                 | 実費                         |
|  |                  |                                    |                            |
|  |                  | (別添2)のとおり                          | (別添2)のとおり                  |
| 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。）<br>※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。 |                  |                                    |                            |

(利用料金の算定根拠等)

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| 家賃                   | 当該目的施設の土地建物購入費、借入利息、管理事務費等を含む総費用と平均的な余命等を勘案して1室あたりの家賃を算定。   |   |
| 保証金(敷金)              | 月払い方式の月額家賃の 3ヶ月分  |   |
|                      | 解約時の対応  | 退去時の居室の原状回復費用及び退去時に事業者に対して支払債務がある場合にそれらを差し引いた残額を返金。 |
| 前払金                  | 厚生労働省事務連絡(平成24年3月16日付)における算定の考え方に基づき想定居住期間等を設定、箕面市有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく計算式を用いて算出。<br><br>当施設では、平成22年から平成25年の4ヶ年における新規入居者の男女割合及び、男女別の入居者加重平均年齢を基に平均的な余命を勘案して想定居住年数を6年、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備え事業者が受領する額の一時金に対する割合を25%(初期償却割合)とした。<br>月払い方式における月額家賃のうち、前払い分としてお預かりさせて頂く金額の6年分に相当する金額に、初期償却割合分を加えた金額を一時金として算定した。 |   |
| 食費                   | 62,700円(税込)(朝550円・昼770円・夕770円)<br>※1日3食30日間お召し上がりになった場合<br>食材費に基づく費用、人件費等の諸経費<br>軽減税率について本施設では、朝食を消費税軽減税率の対象とします。   |   |
| 管理費                  | 86,000円(非課税)<br>入居者の日常生活に必要な管理事務を行う人件費、事務費、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、事務費、目的施設の維持管理費、水道料金   |   |
| 状況把握及び生活相談サービス費      | なし  |   |
| 電気代                  | 実費【居室Cタイプのみ、月額6,000円(税込)】   |   |
| 介護保険外費用              | 一部介護用品費は実費負担  |   |
| 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          |   |   |

(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※に対する自己負担                       | 基本報酬、加算の利用者負担分 |
| 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。                        |                |

(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)                       | 72か月   |
| 償却の開始日                              | 入居日の翌日   |
| 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) | 一時金方式①<居室タイプ別><br>H:75万円、O:87万5千円、N:87万5千円、<br>M:107万5千円、I:100万円、C:42万5千円  |
|                                     | 一時金方式②<居室タイプ別><br>H:147万5千円、O:172万5千円、N:172万5千円、<br>M:210万円、I:200万円、C:90万円 |
| 初期償却額                               | 25%  |

|                 |                        |   |
|-----------------|------------------------|---|
|                 | <p>入居後 3 月以内の契約終了</p>  | <p>①1日当たりの利用料は、次の計算式で算出します。<br/> 入居一時金×75%（均等償却部分の割合）÷72<br/> か月（償却月数）÷30</p> <p>②返還金額（下記ア+イ）<br/> ア．入居一時金のうち、均等償却部分の額から、上記①で算出した1日当たりの利用料の、入居日から契約終了日までの額を控除した額<br/> 入居一時金×75%（均等償却部分の割合）－<br/> （入居日から契約終了日までの利用料）<br/> イ．入居一時金のうち、非返還対象分の額</p> <p>*必要な原状回復費用があれば別途受領します。</p>        |
| <p>返還金の算定方法</p> | <p>入居後 3 月を超えた契約終了</p> | <p>○償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日からの償却期間満了日までの額を返還します。<br/> 入居一時金×75%（均等償却部分の割合）÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>※2人入居の場合、一方のみの契約が終了しても、入居一時金の返還はありません。償却期間内に、2人とも本契約が終了する場合に入居一時金を返還します。</p> <p>*必要な原状回復費用があれば別途受領します。</p> <p>○償却期間を超える場合、返還金はありませんが、入居一時金の追加徴収も行いません。</p> |
| <p>前払金の保全先</p>  |                        | <p>当社倒産等により施設全入居者が退去せざるを得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となります。倒産等が入居中の場合は「前払金額に応じて予め定められた保証金額」が、倒産等が入居契約終了後から6か月間の場合は「前払金未償却残高（保証金額を限度）」が、入居契約者へ支払われます。保証に登録する際に必要となる拠出金は、当社が全て負担いたします。</p>   |
|                 |                        |   |

## 7 入居者の状況

### (入居者の人数)

|       |                     |     |
|-------|---------------------|-----|
| 年齢別   | 65歳未満               | 0人  |
|       | 65歳以上75歳未満          | 7人  |
|       | 75歳以上85歳未満          | 11人 |
|       | 85歳以上               | 61人 |
| 要介護度別 | 自立                  | 27人 |
|       | 要支援1                | 7人  |
|       | 要支援2                | 6人  |
|       | 要介護1                | 11人 |
|       | 要介護2                | 7人  |
|       | 要介護3                | 9人  |
|       | 要介護4                | 7人  |
|       | 要介護5                | 5人  |
| 入居期間別 | 6か月未満               | 6人  |
|       | 6か月以上1年未満           | 8人  |
|       | 1年以上5年未満            | 27人 |
|       | 5年以上10年未満           | 30人 |
|       | 10年以上15年未満          | 8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 |     |
| 入居者数  |                     | 79人 |

### (入居者の属性)

|      |       |       |       |       |     |
|------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 性別   | 男性    | 35人   | 女性    | 44人   |     |
| 男女比率 | 男性    | 44.3% | 女性    | 55.7% |     |
| 入居率  | 81.4% | 平均年齢  | 87.8歳 | 平均介護度 | 2.1 |

### (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   | 2人                  |
|         | 医療機関     | 4人                  |
|         | 死亡者      | 2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)<br>0人      |
|         | 入居者側の申し出 | (解約事由の例)<br>7人      |
|         |          | 自宅・療養型への転居・他ホームへの転居 |

## 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)                 |       | 株式会社アルテディア   |
| 電話番号 / FAX                  |       | 03-5281-8440 / 03-3295-0551                                |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:30~17:30   |
|                             | 土曜    | —  |
|                             | 日曜・祝日 | —  |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・年末年始  |
| 窓口の名称 (所在市町村 (保険者))         |       | 箕面市 市民部 介護・医療・年金室<br>箕面市 健康福祉部 高齢福祉室 高齢福祉グループ              |
| 電話番号 / FAX                  |       | 072-724-6860 / 072-724-6040<br>072-727-9505 / 072-727-3539 |
| 対応している時間                    | 平日    | 8:45~17:15   |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・年末年始  |
| 窓口の名称<br>(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 介護保険室介護保険課                                  |
| 電話番号 / FAX                  |       | 06-6949-5418 / —   |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:00~17:00   |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・年末年始  |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁)          |       | (池田市・箕面市・豊能町・能勢町) 広域福祉課                                    |
| 電話番号 / FAX                  |       | 072-727-9661 / 072-727-9670                                |
| 対応している時間                    | 平日    | 8:45~17:15   |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・年末年始  |
| 窓口の名称<br>(サービス付き高齢者向け住宅所管庁) |       | 大阪府住宅まちづくり部都市居住課安心居住推進グループ<br>大阪府福祉部介護事業者課施設指導グループ         |
| 電話番号 / FAX                  |       | 06-6210-9711 / 06-6210-9712<br>06-6944-2675 / 06-6944-6670 |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:00~18:00   |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・年末年始  |
| 窓口の名称 (虐待の場合)               |       | 箕面市健康福祉部地域包括ケア室認知症対策・権利擁護グループ                              |
| 電話番号 / FAX                  |       | 072-727-3548 / 072-727-3539                                |
| 対応している時間                    | 平日    | 8:45~17:15   |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・年末年始  |
| 窓口の名称                       |       | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会  |
| 電話番号 / FAX                  |       | 03-3548-1077 /   |
| 対応している時間                    | 月・水・金 | 10:00~17:00  |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・年末年始  |

(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  | 超ビジネス保険（事業活動包括保険） |
|                   | その他   |                   |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 万一事故が発生した場合には「事故・急変時対応マニュアル」に従い入居者の生命、安全を第一に対応します。事故発生時の状況及び対応を书面化し、その原因を解明するとともに、入居者ご家族に報告し事故の発生防止に努めます。また、事故の状況によっては、市町村を始め関係諸機関に報告します。 |                   |
| 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  |          |  |
|                                  |                              | 実施日    | 平成 29年8月 |  |
|                                  |                              | 結果の開示  | あり       |  |
| 開示の方法                            | 入居者（必要に応じて入居者家族）宛に、文書にて結果を開示 |        |          |  |
| 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           |



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（全員又は代表者）、身元引受人等、施設長、生活相談員、法人代表（代表取締役等） |
|                                      |  | 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                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所は、入居者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、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ためのガイドライン」、大阪府個人情報保護条例及び箕面市個人情報保護条例を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。</li> <li>・事業所が得た入居者の個人情報については、事業所でのサービスの提供以外での目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得るものとします。</li> <li>・事業者及び職員は、サービスを提供するうえで知り得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、上記の秘密を保持します。</li> <li>・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します。</li> </ul> |               |  |
| 緊急時等における対応方法                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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します。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく）</li> <li>・病気、発熱、事故が発生した場合、看護師が当該入居者の状態を確認し、担当医師、施設長等と相談したうえで、医療機関の受診もしくは緊急搬送の要否を判断します。</li> <li>・事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、軽微なものであっても、原則、入居者が指定した者（家族・後見人）に電話連絡することとします。なお、連絡が取れない場合に備えて、あらかじめ複数の家族等の連絡先を確認しておくこととします。</li> <li>・関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告します。</li> <li>・賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応します。</li> </ul>                   |               |  |
| 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     |  |
| 箕面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 | なし   |               |  |
| 合致しない事項がある場合の内容                      |  |               |  |
| 「8. 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                   |  |               |  |
| 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                   |  |               |  |

高管さし(4)

- 添付書類：別添 1（別の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）  
 別添 3（特定施設入居者生活介護等に関する利用料金表）  
 別添 4（介護報酬額の自己負担基準表）

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 令和 年 月 日  
説明者署名 \_\_\_\_\_

## (別添1)設置者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 |
|------------------------------|----|--------|-----|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |        |     |
| 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 |        |     |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |        |     |
| 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 |        |     |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |        |     |
| 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 |        |     |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |        |     |
| 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 |        |     |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |        |     |
| 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3)介護保険自己負担額(自動計算)

当施設の地域区分単価 選択→ 4級地 10.54円

利用者負担額は、1割を表示しています。但し、法令で定める額以上の所得のある方は、2割又は3割負担となります。

| 基本費用           |        | 1日あたり (円)                                   |           | 30日あたり (円) |            | 備考     |       |
|----------------|--------|---|-----------|------------|------------|--------|-------|
| 要介護度           | 単位数    | 利用料   | 利用者負担額    | 利用料        | 利用者負担額     |        |       |
| 要支援 1          | 182    | 1,918                                       | 192       | 57,548     | 5,755      |        |       |
| 要支援 2          | 311    | 3,277                                       | 328       | 98,338     | 9,834      |        |       |
| 要介護 1          | 538    | 5,670                                       | 567       | 170,115    | 17,012     |        |       |
| 要介護 2          | 604    | 6,366                                       | 637       | 190,984    | 19,099     |        |       |
| 要介護 3          | 674    | 7,103                                       | 711       | 213,118    | 21,312     |        |       |
| 要介護 4          | 738    | 7,778                                       | 778       | 233,355    | 23,336     |        |       |
| 要介護 5          | 807    | 8,505                                       | 851       | 255,173    | 25,518     |        |       |
|                |        |   | 1日あたり (円) |            | 30日あたり (円) |        |       |
| 加算費用           | 算定の有無等 | 単位数   | 利用料       | 利用者負担額     | 利用料        | 利用者負担額 | 算定回数等 |
| 個別機能訓練加算       | なし     |   |           |            |            |        |       |
| 夜間看護体制加算       | あり     | 10  | 105       | 11         | 3,162      | 317    |       |
| 医療機関連携加算       | あり     | 80  | -         | -          | 843        | 85     | 1月につき |
| 看取り介護加算        | なし     |   |           |            |            |        |       |
|                |        |   |           |            |            |        |       |
|                |        |   |           |            |            |        |       |
|                |        |   |           |            |            |        |       |
| 認知症専門ケア加算      | なし     |   |           |            |            |        |       |
| サービス提供体制強化加算   | (Ⅱ)    | 18  | 189       | 19         | 5,691      | 570    |       |
| 介護職員処遇改善加算     | (Ⅰ)    | ((介護予防)特定施設入居者生活介護+加算単位数(特定処遇改善加算を除く))×8.2% |           |            |            |        | 1月につき |
| 介護職員等特定処遇改善加算  | (Ⅰ)    | ((介護予防)特定施設入居者生活介護+加算単位数(処遇改善加算を除く))×1.8%   |           |            |            |        | 1月につき |
| 入居継続支援加算       | なし     |   |           |            |            |        |       |
| 身体拘束廃止未実施減算    | なし     |   |           |            |            |        |       |
| 生活機能向上連携加算     | なし     |   |           |            |            |        |       |
| 若年性認知症入居者受入加算  | なし     |   |           |            |            |        |       |
| 口腔衛生管理体制加算     | なし     |   |           |            |            |        |       |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | なし     |   |           |            |            |        |       |
| 退院・退所時連携加算     | あり     | 30  | 316       | 32         | 9,486      | 949    |       |
| ADL維持等加算       | なし     |   |           |            |            |        |       |
| 科学的介護推進体制加算    | なし     |   |           |            |            |        |       |

※令和3年9月30日までの間、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例として、基本報酬に0.1%を上乗せします。