

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和6年7月1日 |
| 記入者名  | 藤原直代     |
| 所属・職名 | 施設長      |

## 1 事業主体概要

|            |                                              |                                                      |
|------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 名称         | (ふりがな) らいふふおーす<br>ライフフォース株式会社                |                                                      |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 101-0026<br>東京都千代田神田佐久間河岸71号地1パティオ秋葉原1001号 |                                                      |
| 連絡先        | 電話番号／FAX番号                                   | 072-349-8400/072-349-3113                            |
|            | メールアドレス                                      | takayama@lifeforce.co.jp                             |
|            | ホームページアドレス                                   | http:// <a href="http://sinryoku.jp">sinryoku.jp</a> |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 柳川 忠賜                                |                                                      |
| 設立年月日      | 平成 23年8月31日                                  |                                                      |
| 主な実施事業     | ※別添1（別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) まごのてしんりょく<br>まごのて新緑        |                                                      |
| 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                          | 〒 579-8063<br>大阪府東大阪市横小路町一丁目1番11号 |                                                      |
| 主な利用交通手段                     | 近鉄奈良線 東花園駅からバスで「下六万寺町一丁目」下車徒歩10分  |                                                      |
| 連絡先                          | 電話番号／FAX番号                        | 072-985-2287/072-985-9696                            |
|                              | ホームページアドレス                        | http:// <a href="http://sinryoku.jp">sinryoku.jp</a> |
| 管理者（職名／氏名）                   | 施設長 / 藤原 直代                       |                                                      |
| 有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号） | 令和 6年8月1日                         | /                                                    |

### 3 建物概要

|                      |                        |                     |                         |             |                  |           |           |               |                        |
|----------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|-------------|------------------|-----------|-----------|---------------|------------------------|
| 土地                   | 権利形態                   | 賃借権                 | 抵当権                     | なし          | 契約の自動更新          | あり        |           |               |                        |
|                      | 賃貸借契約の期間               | 平成                  | 23年11月1日                |             |                  |           | ～         | 令和            | 13年1月31日               |
|                      | 面積                     | ㎡                   |                         |             |                  |           |           |               |                        |
| 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                  | 23年11月1日                |             |                  |           | ～         | 令和            | 13年1月31日               |
|                      | 延床面積                   | 530.0　㎡（うち有料老人ホーム部分 |                         |             |                  |           | 515.26　㎡） |               |                        |
|                      | 竣工日                    | 平成                  | 23年11月1日                |             |                  | 用途区分      | 老人ホーム     |               |                        |
|                      | 耐火構造                   | 耐火建築物               |                         | その他の場合：     |                  |           |           |               |                        |
|                      | 構造                     | 木造                  |                         | その他の場合：     |                  |           |           |               |                        |
|                      | 階数                     | 2 階                 |                         | (地上         | 2 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<br>状況            | 総戸数                    | 40 戸                |                         | 届出又は登録をした室数 |                  |           |           | 40 室          |                        |
|                      | 部屋タイプ                  | トイレ                 | 洗面                      | 浴室          | 台所               | 収納        | 面積<br>(※) | 室数            | 備考（部屋タイプ、<br>相部屋の定員数等） |
|                      | 一般居室個室                 | ○                   | ○                       | ×           | ×                | ×         | 14.74     | 40            |                        |
|                      |                        |                     |                         |             |                  |           |           |               |                        |
|                      |                        |                     |                         |             |                  |           |           |               |                        |
|                      |                        |                     |                         |             |                  |           |           |               |                        |
|                      |                        |                     |                         |             |                  |           |           |               |                        |
|                      |                        |                     |                         |             |                  |           |           |               |                        |
|                      | (※)面積表示について            |                     | トイレ・収納設備等を含む壁芯面積で表示している |             |                  |           |           |               |                        |
|                      | 共用施設                   | 共用トイレ               | 1 ケ所                    |             | うち男女別の対応が可能なトイレ  |           |           | ヶ所            |                        |
| うち車椅子等の対応が可能なトイレ     |                        |                     |                         |             | 1 ケ所             |           |           |               |                        |
| 共用浴室                 |                        | 大浴場                 | 1 ケ所                    |             |                  | ヶ所        |           |               |                        |
| 共用浴室における<br>介護浴槽     |                        |                     | ヶ所                      |             |                  | ヶ所        |           | その他：          |                        |
| 食堂                   |                        | 1 ケ所                |                         | 面積          | 49.4　㎡           |           |           |               |                        |
| 入居者や家族が利用<br>できる調理設備 |                        | なし                  |                         |             |                  |           |           |               |                        |
| エレベーター               |                        | あり（車椅子対応）           |                         |             |                  | 1 ケ所      |           |               |                        |
| 廊下幅                  |                        | 最大                  | 1.947 m                 |             | 最小               | 1.947 m   |           | (両手すり設置後の内法幅) |                        |
| 汚物処理室                |                        | 1 ケ所                |                         |             |                  |           |           |               |                        |
| 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                    | 事務所                 |                         |             | 通報先から居室までの到着予定時間 |           |           |               | 1 分                    |
| その他                  |                        |                     |                         |             |                  |           |           |               |                        |
| 消防用<br>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<br>(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)

|                   |      |                                                  |
|-------------------|------|--------------------------------------------------|
| 運営に関する方針          |      | 高齢者に健やかに過ごして頂くように施設運営を行う                         |
| サービスの提供内容に関する特色   |      | 利用者本位のサービス提供を行う                                  |
| 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     | 委託   | ライフフォース東大阪                                       |
| 食事の提供             | 委託   | 有限会社マルフクメディカルフーズ                                 |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与   | 委託   | ライフフォース東大阪                                       |
| 健康管理の支援（供与）       | 委託   | ライフフォース東大阪                                       |
| 状況把握・生活相談サービス     | 自ら実施 |                                                  |
| 提供内容              |      | 安否確認/状況把握・声掛け・入眠確認・起床確認を行う（朝7時夜12時夜3時）・定期巡視・生活相談 |
| サ高住の場合、常駐する者      |      |                                                  |
| 健康診断の定期検診         | 委託   | 医療法人秀博会                                          |
|                   | 提供方法 | 年2回の定期的な実施                                       |
| 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              |      | 虐待防止に関する担当者を選任                                   |
| 身体的拘束             |      | 身体拘束防止に関する担当者を選任                                 |

##### (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) らいふふおーすひがしおおさか<br>ライフフォース東大阪   |
| 主たる事務所の所在地 | 579-8063<br>東大阪市横小路町一丁目1番11号          |
| 事務者名       | (ふりがな) らいふふおーすかぶしがいいしや<br>ライフフォース株式会社 |
| 併設内容       | 訪問介護事業所                               |

##### (連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

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

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

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

|          |                      |                     |  |
|----------|----------------------|---------------------|--|
| 医療支援     | 救急車の手配、入退院の付き添い、通院介助 |                     |  |
|          | その他の場合：              |                     |  |
| 協力医療機関   | 名称                   | 医療法人社団秀博会　マサキクリニック  |  |
|          | 住所                   | 大阪府松原市東新町4-11-2     |  |
|          | 診療科目                 | 内科・外科・精神科           |  |
|          | 協力内容                 | 訪問診療、急変時の対応         |  |
|          |                      | その他の場合：             |  |
|          | 名称                   |                     |  |
|          | 住所                   |                     |  |
|          | 診療科目                 |                     |  |
|          | 協力内容                 |                     |  |
|          |                      | その他の場合：             |  |
| 協力歯科医療機関 | 名称                   | 医療法人優社会　大阪デンタルクリニック |  |
|          | 住所                   | 大阪市北区梅田1-11-4       |  |
|          | 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 |         |        |       |  |
|                | その他の場合： |        |       |  |
| 判断基準の内容        |         |        |       |  |
| 手続の内容          |         |        |       |  |
| 追加的費用の有無       |         | 追加費用   |       |  |
| 居室利用権の取扱い      |         |        |       |  |
| 前払金償却の調整の有無    |         | 調整後の内容 |       |  |
| 従前の居室との仕様の変更   | 面積の増減   |        | 変更の内容 |  |
|                | 便所の変更   |        | 変更の内容 |  |
|                | 浴室の変更   |        | 変更の内容 |  |
|                | 洗面所の変更  |        | 変更の内容 |  |
|                | 台所の変更   |        | 変更の内容 |  |
|                | その他の変更  |        | 変更の内容 |  |

**(入居に関する要件)**

|                |                                |                                                                                                                                                                   |                 |
|----------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 入居対象となる者       | 自立、要支援、要介護                     |                                                                                                                                                                   |                 |
| 留意事項           |                                |                                                                                                                                                                   |                 |
| 契約の解除の内容       | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合 |                                                                                                                                                                   |                 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                           | ①入居申込書に虚偽の事項を記載する不正手段により入居したとき<br>②月払い利用料その他の支払いを正当な理由なくして、しばしば遅延するとき<br>③禁止又は制限されているものに違反したとき<br>④入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすなどの恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護・接遇では防止できないとき |                 |
|                | 解約予告期間                         | 90日                                                                                                                                                               |                 |
| 入居者からの解約予告期間   | 30 日                           |                                                                                                                                                                   |                 |
| 体験入居           | あり                             | 内容                                                                                                                                                                | 一泊：4,000円 食費：実費 |
| 入居定員           | 40 人                           |                                                                                                                                                                   |                 |
| その他            |                                |                                                                                                                                                                   |                 |

5 職員体制

(職種別の職員数)

|         | 職員数（実人数） |    |     | 兼務している職種名及び人数 |
|---------|----------|----|-----|---------------|
|         | 合計       |    |     |               |
|         |          | 常勤 | 非常勤 |               |
| 施設長     | 1        | 1  |     |               |
| 生活相談員   | 1        | 1  |     |               |
| 直接処遇職員  | 12       |    |     |               |
| 介護職員    | 12       |    |     |               |
| 看護職員    |          |    |     |               |
| 機能訓練指導員 |          |    |     |               |
| 計画作成担当者 |          |    |     |               |
| 栄養士     |          |    |     |               |
| 調理員     |          |    |     |               |
| 事務員     | 1        |    | 1   |               |
| その他職員   | 8        |    | 8   |               |

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

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 |    |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間（20時～翌9時） |      |                    |
|-------------------|------|--------------------|
|                   | 平均人数 | 最少時人数（宿直者・休憩者等を除く） |
| 看護職員              | 0 人  | 0 人                |
| 介護職員              | 0 人  | 0 人                |
| 宿直                | 1 人  | 0 人                |
|                   | 人    | 人                  |

(職員の状況)

|                      |                  |          |     |      |        |       |          |         |     |         |     |
|----------------------|------------------|----------|-----|------|--------|-------|----------|---------|-----|---------|-----|
| 施設長                  |                  | 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 |       | ヘルパー 2 級 |         |     |         |     |
|                      |                  | 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        |                  |          |     |      | 3      |       |          |         |     |         |     |
| 前年度 1 年間の退職者数        |                  |          |     |      | 2      |       |          |         |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1 年未満            |          |     |      |        |       |          |         |     |         |     |
|                      | 1 年以上<br>3 年未満   |          |     |      | 3      |       |          |         |     |         |     |
|                      | 3 年以上<br>5 年未満   |          |     |      | 8      |       |          |         |     |         |     |
|                      | 5 年以上<br>1 0 年未満 |          |     |      | 10     | 1     |          |         |     |         | 1   |
|                      | 1 0 年以上          |          |     |      |        |       |          |         |     |         |     |
| 備考                   |                  |          |     |      |        |       |          |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況        |                  |          |     | あり   |        |       |          |         |     |         |     |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

|                                |     |                             |                  |
|--------------------------------|-----|-----------------------------|------------------|
| 居住の権利形態                        |     | 利用権方式                       |                  |
| 利用料金の支払い方式                     |     | 月払い方式                       |                  |
|                                |     | 選択方式の内容<br>※該当する方式を全て<br>選択 |                  |
|                                |     |                             |                  |
| 年齢に応じた金額設定                     |     | なし                          |                  |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |     | なし                          |                  |
| 入院等による不在時における利用<br>料金（月払い）の取扱い |     | あり                          |                  |
|                                |     | 内容：                         | 入院等における欠食は差し引き請求 |
| 利用料金の改定                        | 条件  | 自治体発表の消費者物価指数・人件費を勘案する      |                  |
|                                | 手続き | 運営懇談会により意見を募り判断する           |                  |

(代表的な利用料金のプラン)

|                                                                      |            | プラン 1                                                                                                                                   | プラン 2    |
|----------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 入居者の状況                                                               | 要介護度       |                                                                                                                                         |          |
|                                                                      | 年齢         |                                                                                                                                         |          |
| 居室の状況                                                                | 部屋タイプ      | 一般居室個室                                                                                                                                  |          |
|                                                                      | 床面積        | 14.74                                                                                                                                   |          |
|                                                                      | トイレ        | あり                                                                                                                                      |          |
|                                                                      | 洗面         | あり                                                                                                                                      |          |
|                                                                      | 浴室         | なし                                                                                                                                      |          |
|                                                                      | 台所         | なし                                                                                                                                      |          |
|                                                                      | 収納         | なし                                                                                                                                      |          |
| 入居時点で必要な費用                                                           |            |                                                                                                                                         |          |
|                                                                      |            |                                                                                                                                         |          |
| 月額費用の合計                                                              |            | 113,900円                                                                                                                                | 102,550円 |
| ※<br>介護<br>保険<br>外<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>費<br>用<br>（<br>介<br>護<br>） | 家賃         | 40,000円                                                                                                                                 | 38,000円  |
|                                                                      | 共益費（税込）    | 5,500円                                                                                                                                  | 5,500円   |
|                                                                      | 光熱費（税込）    | 5,500円                                                                                                                                  | 5,500円   |
|                                                                      | 生活支援サービス費  | 14,850円                                                                                                                                 | 5,500円   |
|                                                                      |            |                                                                                                                                         |          |
|                                                                      | 食費（税込）31日分 | 48,050円                                                                                                                                 | 48,050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。）<br>※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                   | 建物の賃借料、設備遺品費などを勘案し1室あたりを算出 |     |
| 敷金                   | 家賃の                        | ヶ月分 |
|                      | 解約時の対応                     |     |
| 前払金                  |                            |     |
| 共益費                  | 共用施設内の水道光熱費                |     |
| 生活支援サービス費            | 事務管理費・人件費                  |     |
| 光熱水費                 | 居室内の水道光熱費                  |     |
|                      |                            |     |
| 食費                   | 委託費用を勘案し算出                 |     |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2                        |     |
| その他のサービス利用料          |                            |     |

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略**

|                                     |               |  |
|-------------------------------------|---------------|--|
| 想定居住期間（償却年月数）                       |               |  |
| 償却の開始日                              |               |  |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） |               |  |
| 初期償却額                               |               |  |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了  |  |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了 |  |
| 前払金の保全先                             |               |  |
|                                     |               |  |

## 7 入居者の状況

### (入居者の人数)

|                     |                 |           |
|---------------------|-----------------|-----------|
| 年齢別                 | 6 5 歳未満         | 3 人       |
|                     | 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | 13 人      |
|                     | 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 13 人      |
|                     | 8 5 歳以上         | 8 人       |
| 要介護度別               | 自立              | 0 人       |
|                     | 要支援 1           | 0 人       |
|                     | 要支援 2           | 0 人       |
|                     | 要介護 1           | 4 人       |
|                     | 要介護 2           | 15 人      |
|                     | 要介護 3           | 5 人       |
|                     | 要介護 4           | 8 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    | 3 人       |
|                     | 1 年以上 5 年未満     | 16 人      |
|                     | 5 年以上 1 0 年未満   | 11 人      |
|                     | 1 0 年以上         | 1 人       |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 |                 | 0 人 / 4 人 |
| 入居者数                |                 | 37 人      |

### (入居者の属性)

|      |      |      |      |      |      |           |
|------|------|------|------|------|------|-----------|
| 性別   | 男性   | 17 人 |      | 女性   | 20 人 |           |
| 男女比率 | 男性   | 47 % |      | 女性   | 53 % |           |
| 入居率  | 92 % |      | 平均年齢 | 77 歳 |      | 平均介護度 2.9 |

### (前年度における退去者の状況)

|         |          |                            |
|---------|----------|----------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 0 人                        |
|         | 社会福祉施設   | 2 人                        |
|         | 医療機関     | 3 人                        |
|         | 死亡者      | 4 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 | 5 人                        |
|         |          | 特別養護老人ホームに入所等<br>医療系病院に移設等 |

## 8 苦情・事故等に関する体制

### (利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

|                             |       |                             |
|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| 窓口の名称（設置者）                  |       | ライフフォース株式会社                 |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-349-8400 / 072-349-3113 |
| 対応している時間                    | 平日    | 9：00～18：00                  |
|                             | 土曜    | なし                          |
|                             | 日曜・祝日 | なし                          |
| 定休日                         |       | 土日祝日                        |
| 窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）           |       | 東大阪市 福祉部 指導監査室 介護事業者課       |
| 電話番号 / F A X                |       | 06-4309-3317 / 06-4309-3848 |
| 対応している時間                    | 平日    | 9：00～17：30                  |
| 定休日                         |       | 土日祝日                        |
| 窓口の名称<br>（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）                |       | 東大阪市 福祉部 高齢介護室 地域包括ケア推進課    |
| 電話番号 / F A X                |       | 06-4309-3013 / 06-4309-3814 |
| 対応している時間                    | 平日    | 9：00～17：30                  |
| 定休日                         |       | 土日祝日                        |

### (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        | 三井住友海上      |
|                   | 加入内容       | 施設所有者賠償責任保険 |
|                   | その他        |             |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 運営規程に基づき対応 |             |
| 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  | 意見箱の設置    |         |
|                                  |    | 実施日    | 令和 6年8月1日 |         |
|                                  |    | 結果の開示  | あり        |         |
|                                  |    |        | 開示の方法     | 運営懇談会にて |
| 第三者による評価の実施状況                    | なし | ありの場合  |           |         |
|                                  |    | 実施日    |           |         |
|                                  |    | 評価機関名称 |           |         |
|                                  |    | 結果の開示  |           |         |
|                                  |    |        | 開示の方法     |         |

9 入居希望者への事前の情報開示

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

10 その他

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
| 運営懇談会                                 | あり                                                                                                                                                                                                                                                         | ありの場合         |                |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            | 開催頻度          | 年 1 回          |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            | 構成員           | 利用者・家族・職員・関連企業 |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            | 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                               | 事業者は事業上で知り得た入居者並びにその家族に関する秘密及び個人情報については、入居者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合又は入居者の事前の同意がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も第三者に漏らすことはない。                                                                                                                                   |               |                |
| 緊急時等における対応方法                          | ・ 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）<br>例えば、病気、発熱（37度以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（入居者が指定した者：家族・後見人）及びどのレベルで連絡するのかを確認する。<br>・ 連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。<br>・ 関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。<br>・ 賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。 |               |                |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性               | 適合                                                                                                                                                                                                                                                         | 不適合の場合の内容     |                |
| 東大阪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                    |                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                |

添付書類：別添 1（別を実施する介護サービス一覧表）  
別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住 所  
氏 名 様

（入居者代理人）

住 所  
氏 名 様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 年 月 日  
説明者署名

## (別添1)事業主体が東大阪市で実施する他の介護サービス

| 介護保険サービスの種類          |    | 事業所の名称     | 所在地            |
|----------------------|----|------------|----------------|
| < 居宅サービス >           |    |            |                |
| 訪問介護                 | あり | ライフフォース東大阪 | 横小路町1-1-11     |
| 訪問入浴介護               | なし |            |                |
| 訪問看護                 | なし |            |                |
| 訪問リハビリテーション          | なし |            |                |
| 居宅療養管理指導             | なし |            |                |
| 通所介護                 | なし |            |                |
| 通所リハビリテーション          | なし |            |                |
| 短期入所生活介護             | なし |            |                |
| 短期入所療養介護             | なし |            |                |
| 特定施設入居者生活介護          | なし |            |                |
| 福祉用具貸与               | なし |            |                |
| 特定福祉用具販売             | なし |            |                |
| < 地域密着型サービス >        |    |            |                |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | なし |            |                |
| 夜間対応型訪問介護            | なし |            |                |
| 地域密着型通所介護            | なし |            |                |
| 認知症対応型通所介護           | なし |            |                |
| 小規模多機能型居宅介護          | なし |            |                |
| 認知症対応型共同生活介護         | なし |            |                |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | なし |            |                |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし |            |                |
| 看護小規模多機能型居宅介護        | なし |            |                |
| 居宅介護支援               | なし |            |                |
| < 居宅介護予防サービス >       |    |            |                |
| 介護予防訪問介護             | なし |            |                |
| 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 |            |                |
| 介護予防通所介護             | なし |            |                |
| 介護予防通所リハビリテーション      | なし |            |                |
| 介護予防短期入所生活介護         | なし |            |                |
| 介護予防短期入所療養介護         | なし |            |                |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | なし |            |                |
| 介護予防福祉用具貸与           | なし |            |                |
| 特定介護予防福祉用具販売         | なし |            |                |
| < 地域密着型介護予防サービス >    |    |            |                |
| 介護予防認知症対応型通所介護       | なし |            |                |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | なし |            |                |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | なし |            |                |
| 介護予防支援               | なし |            |                |
| < 介護保険施設 >           |    |            |                |
| 介護老人福祉施設             | なし |            |                |
| 介護老人保健施設             | なし |            |                |
| 介護療養型医療施設            | なし |            |                |
| 介護医療院                | なし |            |                |
| < 指定第1号事業 >          |    |            |                |
| 訪問型介護予防サービス          | あり | ライフフォース東大阪 | 東大阪市横小路町1-1-11 |
| 訪問型生活援助サービス          | なし |            |                |
| 通所型介護予防サービス          | なし |            |                |
| 通所型短時間サービス           | なし |            |                |

## (別添2)

## 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

|          |                  | 個別の利用料で実施するサービス |            | 備 考                    |
|----------|------------------|-----------------|------------|------------------------|
|          |                  |                 | 料金※（税抜）    |                        |
| 介護サービス   | 食事介助             | あり              |            | 「生活支援サービス費」に含まれる       |
|          | 排せつ介助・おむつ交換      | あり              |            | 〃                      |
|          | おむつ代             | あり              |            | 〃                      |
|          | 入浴（一般浴） 介助・清拭    | あり              |            | 〃                      |
|          | 特浴介助             | あり              |            | 〃                      |
|          | 身辺介助（移動・着替え等）    | あり              |            | 〃                      |
|          | 機能訓練             | なし              |            |                        |
|          | 通院介助             | あり              | 2,600円/1時間 | 実費                     |
| 生活サービス   | 居室清掃             | あり              |            | 「生活支援サービス費」に含まれる       |
|          | リネン交換            | あり              |            | 〃                      |
|          | 日常の洗濯            | あり              |            | 〃                      |
|          | 居室配膳・下膳          | あり              |            | 〃                      |
|          | 入居者の嗜好に応じた特別な食事  | なし              |            |                        |
|          | おやつ              | なし              |            |                        |
|          | 理美容師による理美容サービス   | あり              |            | 委託業者あり                 |
|          | 買い物代行            | あり              |            | 「生活支援サービス費」に含まれる       |
|          | 役所手続代行           | あり              |            | 〃                      |
|          | 金銭・貯金管理          | あり              |            | 〃                      |
| 健康管理サービス | 定期健康診断           | あり              | 実費         | 協力医療機関・マサキクリニックによる健康診断 |
|          | 健康相談             | あり              | 実費         | 訪問診療医・訪問看護師による健康相談     |
|          | 生活指導・栄養指導        | なし              |            |                        |
|          | 服薬支援             | あり              |            | 「生活支援サービス費」に含まれる       |
|          | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり              |            | 〃                      |
| 入退院のサービス | 移送サービス           | なし              |            |                        |
|          | 入退院時の同行          | なし              |            |                        |
|          | 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし              |            |                        |
|          | 入院中の見舞い訪問        | なし              |            |                        |

※「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。