別紙様式

# 重要事項説明書

| | |
|---|---|
| 記入年月日 | R8年7月31日 |
| 記入者名 | 越智　和美 |
| 所属・職名 | 代表取締役 |

## １ 事業主体概要

| | | |
|---|---|---|
| 名称 | （ふりがな）　ゆうげんがいしゃ　　あいけあ<br>有限会社　　愛ケア | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　577-0844<br>東大阪市太平寺１丁目４番１６号 | |
| 連絡先 | 電話番号／ＦＡＸ番号 | 06－6736－0039 / 06-679-0025 |
| | メールアドレス | aikea-helpservice@air.ocn.jp |
| | ホームページアドレス | http://aikea.co.jp |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役　／　越智　和美 | |
| 設立年月日 | 平成　15年1月30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）　あいけあふぁみりあ<br>愛ケアファミリア | | | |
| 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 | 〒　577-0837<br>東大阪市寿町三丁目５番１５号 | | | |
| 主な利用交通手段 | JRおおさか東線「JR長瀬」駅より徒歩６分 | | | |
| 連絡先 | 電話番号／ＦＡＸ番号 | 06－6729-0024 / 06-6729-0025 | | |
| | ホームページアドレス | http://aikea.co.jp | | |
| 管理者（職名／氏名） | 施設長　／　川村　拓司 | | | |
| 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 | 28年1月1日　／ | 平成 | 27年12月10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 | あり | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | | ～ | | | | | | |
| | 面積 | 330.5 ㎡ | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 所有権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | あり | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | | ～ | | | | | | |
| | 延床面積 | 610.8 ㎡（うち有料老人ホーム部分 | 448.0 ㎡） | | | | | | |
| | 竣工日 | 平成 27年 7月1日 | 用途区分 | 有料老人ホーム | | | | | |
| | 耐火構造 | 耐火建築物 | その他の場合： | | | | | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | その他の場合： | | | | | | |
| | 階数 | 3 階 | （地上 3 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 | 16 戸 | 届出又は登録(指定)をした室数 | 16 室( 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） |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 13.1㎡ | 2 | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 13.2㎡ | 4 | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 13.5㎡ | 2 | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 13.8㎡ | 2 | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 14.1㎡ | 2 | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 14.9㎡ | 2 | |
| | 介護居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 14.9㎡ | 2 | |
| | (※)面積表示について | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 3 ヶ所 | うち男女別の対応が可能なトイレ | 0 ヶ所 | | | | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | 1 ヶ所 | | | | | |
| | 共用浴室 | 個室 2 ヶ所 | ヶ所 | | | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 機械浴 1 ヶ所 | ヶ所 | その他： | | | | | |
| | 食堂 | 1 ヶ所 | 面積 ㎡ | 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | | |
| | 機能訓練室 | ヶ所 | 面積 ㎡ | | | | | | |
| | エレベーター | あり（ストレッチャー対応） | 1 ヶ所 | | | | | | |
| | 廊下幅 | 最大 3.2 m | 最小 1.6 m | | | | | | |
| | 汚物処理室 | 3 ヶ所 | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 あり | トイレ あり | 浴室 あり | 脱衣室 あり | | | | |
| | | 通報先 事務所 | 通報先から居室までの到着予定時間 1～3分 | | | | | | |
| | その他 | 洗濯室 | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 あり | 火災通報設備 あり | | | | | |
| | スプリンクラー | あり | なしの場合（改善予定時期） | | | | | | |
| | 防火管理者 | あり | 消防計画 あり | 避難訓練の年間回数 2 回 | | | | | |

## 4 サービスの内容

### （全体の方針）

| | | |
|---|---|---|
| 運営に関する方針 | | 地域における高齢者向け住まいとして、少人数にこだわり、家庭的な雰囲気の中できめ細やかなサービスを行う |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 栄養バランスを考えた食事サービスを提供し、24時間介護スタッフ常駐で、医療機関の連携による健康管理、デイサービス併設、多彩なイベントを行う |
| サービスの種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 委託 | 愛ケアヘルプサービス |
| 食事の提供 | 自ら実施・委託 | |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | 委託 | |
| 健康管理の支援（供与） | 委託 | |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施・委託 | |
| 提供内容 | | 状況把握サービス：毎日1回以上(7:30、14：30、17：30、23：00、1：00、5：00)委託訪問による安否確認・状況把握を行う |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 大熊内科医院 |
| | 提供方法 | 年2回　健康診断 |
| 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 | | ①虐待防止に関する責任者は、代表取締役です。<br>②従業員に対し、虐待防止研修を実施している。<br>③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。<br>④職員会議で、虐待防止のための啓発・周知を行っている。<br>⑤職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。 |
| 身体的拘束 | | ①身体的拘束は原則禁止としており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、機関(最長で1ヶ月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただく。(継続して行う場合は概ね1ヶ月毎行う。)<br>②経過観察及び記録をする。<br>③2週間に1回以上、ケース検討会議を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。<br>④1ヶ月に1回以上、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について、介護職員その他の従業員に周知し、施設全体で身体拘束の廃止にロり組む。<br>⑤身体拘束等の適正化のための指針を整備する。<br>⑥介護職員の他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を年2回以上する。 |

**（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）　あいけあきょたくかいごしえんじぎょうしょ/あいけあふぁみりあでいさーびす/あいけあへるぷさーびす/あいけあこんしぇる<br>愛ケア居宅介護支援事業所/愛ケアファミリアデイサービス/愛ケアヘルプサービス/愛ケアコンシェル |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　577-0837<br>大阪府東大阪市寿町３丁目５番１５号 |
| 事務者名 | （ふりがな）　（ゆう）　あいけあ<br>（有）　愛ケア |
| 併設内容 | 愛ケア居宅介護支援事業所 / 地域密着型通所介護 / 訪問介護 |
| 事業所名称 | （ふりがな） |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 |
| 事務者名 | （ふりがな） |
| 併設内容 | |

**（連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者）**

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

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

**（医療連携の内容）※治療費は自己負担**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療支援 | 救急車の手配、入退院の付き添い | | |
| | その他の場合： | | |
| 協力医療機関 | 名称 | 大熊内科医院 | |
| | 住所 | 東大阪市荒川２ー２２ー１ | |
| | 診療科目 | 内科 | |
| | 協力科目 | 内科 | |
| | 協力内容 | 訪問診療、急変時 | あり |
| | | その他の場合：年2回程度の健康診断 | あり |
| | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 診療科目 | | |
| | 協力科目 | | |
| | 協力内容 | | あり |
| | | | あり |
| 新興感染症発生時に<br>連携する医療機関 | | | |
| | 名称 | 大熊内科医院 | |
| | 住所 | 東大阪市荒川２－２２－１ | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | なんごうや歯科　／　りょうき歯科 | |
| | 住所 | 東大阪市宝持3-4-2　／　東大阪市森河内西1-16-3 | |
| | 協力内容 | 訪問診療 | |
| | | その他の場合：　月2回　／　その他：月4回程度 | |

**（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 | 要介護 | | |
| 留意事項 | 主として介護を必要で在宅での生活が困難な方。または介護老人福祉施設、介護老人施設等への入所待機をされている方や医療機関からの退院を余儀なくされている方。 | | |
| 契約の解除の内容 | | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | （事業者からの契約解除）<br>事業者は、入居者が各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく認められる場合に、本契約を解除することがあります。1、申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時。　2、利用者その他の支払いを、3ケ月以上の滞納及びしばしば遅延又は支払い請求に応じない時。　3、(禁止又は制限される行為)の規定に違反した時　4、入居者の行動が他の入居者の生命・健康又は生活に重大な影響を及ぼす恐れあり、かつ入居者に対する通常のサービス提供方法ではこれを防止することができない時<br>（入居者からの契約解除）<br>1、入居者は事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは、事業者が定める解約届を事業者に届けるものとします。<br>2、入居者が前頁の解約届を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとみなします。 | |
| | 解約予告期間 | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 2　ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 1泊　5,000円＜非課税＞（食事別）空室時には可能 |
| 入居定員 | 16　人 | | |
| その他 | 身元引受人が設定できない時は要相談 | | |

## 5 職員体制

**（職種別の職員数）**

| | 職員数（実人数） | | | 兼務している職種名及び人数 |
|---|---|---|---|---|
| | 合計 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | | 1 | 施設長1名 |
| 生活相談員 | 1 | | 1 | 介護職員 |
| 直接処遇職員 | 19 | | 19 | |
| 介護職員 | 15 | | 15 | 訪問介護員1名 |
| 看護職員 | 4 | | 4 | デイサービス看護師4名 |
| 機能訓練指導員 | 4 | | 4 | 看護職員 |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | |
| その他職員 | | | | |

**（資格を有している介護職員の人数）**

| | 合計 | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 介護支援専門員 | 1 | | 1 | |
| 介護福祉士 | 7 | | 7 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 6 | | 6 | |
| 看護師 | 1 | | 1 | |
| 認定特定行為業務従事者：２号研修（詳細は備考欄） | 1 | | 1 | ①(有)愛ケア②認定特定行為業務従事者(2号研修)喀痰吸引：口腔内、<br>認定特定行為業務従事者(2号研修)経管栄養：胃ろう、腸ろう |

**（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 | 4 | | 4 | |
| 理学療法士 | 1 | | 1 | |
| 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（　　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 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 1 人 | 0 人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 |
| | 人 | 人 |

**（職員の状況）**

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | あり | 施設長1名 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | | | 1 | | 2 | | | | 1 | | |
| 前年度１年間の退職者数 | | | 1 | | 2 | | | | | | |
| 職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた | １年未満 | | | | 3 | | | | | | |
| | １年以上３年未満 | | 1 | | 2 | | | | | | |
| | ３年以上５年未満 | | | | 2 | | 1 | | | | |
| | ５年以上１０年未満 | | | | 7 | | | | | | |
| | １０年以上 | | 3 | | 1 | | | | 3 | | |

| 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 | | 建物賃貸借方式 | |
| 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選択 | |
| 年齢に応じた金額設定 | | なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | なし | |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | | あり | |
| | | 内容： | 食費・生活サービス費なについて、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 物価変動、人件費により、1年に1回改定する場合がある。 | |
| | 手続き | 運営懇談会で改定案の提示と事前のご説明をした上で実施 | |

### （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 | 要介護 | |
| | | 年齢 | 65歳以上 | |
| 居室の状況 | | 部屋タイプ | 介護居室個室 | |
| | | 床面積 | 14.9㎡ | |
| | | トイレ | あり | |
| | | 洗面 | あり | |
| | | 浴室 | なし | |
| | | 台所 | なし | |
| | | 収納 | あり | |
| 入居時点で必要な費用 | | 敷金 | 100,000円 | |
| | | 火災保険料 | 10,000円 | |
| 月額費用の合計 | | | 141,500円 | |
| | 家賃 | | 50,000円 | |
| | （介護保険外※）サービス費用 | 食費(税込) | 55,500円 | |
| | | 建物管理費 | 15,000円 | |
| | | 生活サービス費 | 21,000円 | |
| | | 自室の電気代 | 実費 | |
| | | 介護保険外費用 | (別紙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。）　※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 | 建物の賃貸料、設備備品費 | |
| 敷金 | 家賃の　２　ヶ月分　100,000円 | |
| | 解約時の対応 | 現状回復の費用を差し引いて返還 |
| 前払金 | | |
| 食費（税込） | 厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用 | |
| 建物管理費 | 共用施設の維持管理・修繕費 | |
| 生活サービス費 | 状況把握サービス（安否確認、緊急通報の対応）生活相談サービス、施設長その他必要な職員を配置して、入居者の日常生活に必要な業務を行う人件費をもとに算出 | |
| 自室の電気代 | 月5,000円（冷蔵庫設置の場合は別途2,000円）<br>設置していない場合は共用分500円 | |
| 介護保険外費用 | 別添2 | |
| | | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | | |
| 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**

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

## 7 入居者の状況

### （入居者の人数）

| | | |
|---|---|---|
| 年齢別 | ６５歳未満 | 人 |
| | ６５歳以上７５歳未満 | 1 人 |
| | ７５歳以上８５歳未満 | 2 人 |
| | ８５歳以上 | 13 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援１ | 人 |
| | 要支援２ | 人 |
| | 要介護１ | 人 |
| | 要介護２ | 3 人 |
| | 要介護３ | 2 人 |
| | 要介護４ | 6 人 |
| | 要介護５ | 5 人 |
| 入居期間別 | ６か月未満 | 4 人 |
| | ６か月以上１年未満 | 1 人 |
| | １年以上５年未満 | 8 人 |
| | ５年以上１０年未満 | 1 人 |
| | １０年以上 | 2 人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 人 ／ 人 |
| 入居者数 | | 16 人 |

### （入居者の属性）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 1 人 | 女性 | 15 人 | |
| 男女比率 | 男性 | 6 % | 女性 | 94 % | |
| 入居率 | 100 % | 平均年齢 | 83 歳 | 平均介護度 | 3.81 |

### （前年度における退去者の状況）

| | | |
|---|---|---|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 人 |
| | 医療機関 | 3人 |
| | 死亡者 | 1人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | （解約事由の例） |
| | 入居者側の申し出 | 3人 |
| | | （解約事由の例）3人は病院に入院の為、退居 |

## 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） | | 有料老人ホーム　愛ケアファミリア |
| 電話番号　／　ＦＡＸ | | 06-6729-0024　　／06-6729-0025 |
| 対応している時間 | 平日 | 9時から18時 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 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　／　ＦＡＸ | | 06－4309－3317　　／06－4309－3848 |
| 対応している時間 | 平日 | 09：00～17：30 |
| 定休日 | | 土、日、祝日 |
| 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　／　ＦＡＸ | | 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 | 東京海上日動株式会社 |
| | 加入内容 | 施設損害賠償責任保険 |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応します。 | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | あり | |

**（利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等）**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | | ありの場合 | 意見箱設置 | | |
| | | | 実施日 | | 随時 |
| | | | 結果の開示 | あり | |
| | | | | 開示の方法 | 館内掲示 |
| 第三者による評価の実施状況 | | 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 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 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　2　回 |
| | | | 構成員 | 入居者、家族、施設長、職員、民生委員 |
| | | なしの場合の代替措置の内容 | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | あり | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | | |
| | あり | 指針の整備 | | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | | |
| | あり | 担当者の配置 | | |
| 身体的拘束等廃止のための取組の状況 | あり | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | | |
| | あり | 指針の整備 | | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | | |
| | なし | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと | | |
| | | | ありの場合 | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 |
| 業務継続計画の策定状況等 | あり | 感染症に関する業務継続計画（BCP） | | |
| | あり | 災害に関する業務継続計画（BCP） | | |
| | あり | 職員に対する周知の実施 | | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | | |
| | あり | 定期的な訓練の実施 | | |
| | あり | 定期的な業務継続計画の見直し | | |
| 提携ホームへの移行 | なし | ありの場合の提携ホーム名 | | |
| 個人情報の保護 | 入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取扱いについては個人情報の保護に関する法律および同法に基づく「個人の情報に関する法律についてのガイドライン」及び「医療、介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いの為のガイダンス」並びに、東大阪市個人情報の保護に関する定めを尊守する。事業者及び職員は、サービス提供をする上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する。職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。事業者はサービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。 | | | |
| 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、入居者の家族及び関係機関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にもとづく。 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | あり | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 廊下幅1.8m未満 | | |
| 「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 適合していない（代替措置・将来の改善計画） | | |
| 代替措置等の内容 | ・車いすがすれ違いが出来ない場合に備えて、通行の優先順位を決めている。 | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | 入居者及び家族等への契約前、契約時に、不適合事項及び代替え措置について説明している。 | | |
| 上記項目以外で合致しない事項 | なし | | |
| 合致しない事項の内容 | | | |
| 代替措置等の内容 | | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | | | |

添付書類：別添１（別に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、並びに医療サービス等、その他のサービス及びその提供事業者を自由に選択できることについて、事業者より説明を受けました。

（入居者）

**住 所**

**氏 名** 様

（入居者代理人）

**住 所**

**氏 名** 様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明者署名

**（別添1）事業主体が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 | 愛ケアヘルプサービス | 東大阪市寿町3丁目5番15号 |
| 訪問入浴介護 | あり | | |
| 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 | あり | 愛ケアファミリアデイサービス | 東大阪市寿町3丁目5番15号 |
| 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 | あり | | |
| 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 | あり | | |
| 居宅介護支援 | あり | 愛ケア居宅介護支援事業所 | 東大阪市寿町3丁目5番15号 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | 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 | | |
| ＜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 | 愛ケアヘルプサービス | 東大阪市寿町3丁目5番15号 |
| 訪問型生活援助サービス | なし | | |
| 通所型介護予防サービス | あり | 愛ケアファミリアデイサービス | 東大阪市寿町3丁目5番15号 |
| 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 | 料金※（税込） | 備　　考 |
|---|---|---|---|---|
| 介護サービス | 食事介助 | あり | 550円/1回 | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 巡回時220円/その他550円/回 | |
| | おむつ代 | あり | 実費 | |
| | 入浴（一般浴）　介助・清拭 | あり | 一般入浴2,000円/回・清拭550円/回 | |
| | 特浴介助 | | | |
| | 身辺介助（移動・着替え等） | あり | 生活サービス費に含む | |
| | 機能訓練 | あり | 1,100円/30分 | |
| | 通院介助 | あり | 3,500円/時間 | 1時間を超える場合　1,400円/30分　加算 |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 1,100円/回 | |
| | リネン交換 | あり | 1,100円/回 | |
| | 日常の洗濯 | あり | 550円/回 | |
| | 居室配膳・下膳 | あり | 生活サービス費に含む | |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | 110円/回 | |
| | おやつ | あり | （食費に含む） | |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | 実費 | |
| | 買い物代行 | あり | 利用区域内550円/30分 | |
| | 役所手続代行 | あり | 1,000円/回 | |
| | 金銭・貯金管理 | あり | 1,100円/月 | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | 実費 | |
| | 健康相談 | あり | 生活サービス費に含む | |
| | 生活指導・栄養指導 | あり | 〃 | |
| | 服薬支援 | あり | 550円/月 | |
| | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり | 生活サービス費に含む | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | あり | 3,500円/時間 | 1時間を超える場合　1,400円/30分　加算 |
| | 入退院時の同行 | あり | 3,500円/時間 | 1時間を超える場合　1,400円/30分　加算 |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | 1,100円/回 | |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | 3,500円/時間 | 1時間を超える場合　1,400円/30分　加算 |

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。ケアプランに定められた回数を超える分は介護保険外サービス。
※2「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額の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。