様式第１号

# 重要事項説明書

| | |
|---|---|
| 記入年月日 | 令和8年7月1日 |
| 記入者名 | 田中　徳江 |
| 所属・職名 | プレミアムケア・課長 |

## １ 事業主体概要

| | | |
|---|---|---|
| 名称 | （ふりがな）かぶしきがいしゃぷれみあむけあ<br>株式会社プレミアムケア | |
| 法人番号 | 7120101051188 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　595-0023<br>大阪府泉大津市豊中町1丁目4番5号　ヴィラ・あなしの森101号室 | |
| 連絡先 | 電話番号／ＦＡＸ番号 | 0725-20-6527　/　0725-20-6528 |
| | メールアドレス | t.honda@premiumcare.jp |
| | ホームページアドレス | http://www.premiumcare.jp |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役　／　本田　崇 | |
| 設立年月日 | 平成　26年3月24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）<br>介護保険事業、障害福祉サービス事業、不動産の管理、コンサルタント業 | |

## 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）こもれびはまでらしょうわちょう<br>こもれび浜寺昭和町 | | | |
| 届出・登録の区分 | 高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | | | |
| 有料老人ホームの類型 | 住宅型 | | | |
| 所在地 | 〒　592-0003<br>大阪府高石市東羽衣1丁目3番5号 | | | |
| 主な利用交通手段 | 電車：南海本線　羽衣　駅から徒歩8分 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-261-8865 | | |
| | ＦＡＸ番号 | 072-261-8866 | | |
| | メールアドレス | n.tanaka@premiumcare.jp | | |
| | ホームページアドレス | https://komorebihome.jp/ | | |
| 管理者（職名／氏名） | 施設長　／　田中　徳江 | | | |
| 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 | 4年3月1日　／ | 令和 | 3年2月8日<br>大阪府(R02)0016 |

## 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 | 令和 | 4年 3月 1日 | ～ | | 令和 | 29年 2月 28日 | | |
| | 面積 | 1,505.3 ㎡ | | | | | | | |
| 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 | 令和 | 4年 3月 1日 | ～ | | 令和 | 29年 2月 28日 | | |
| | 延床面積 | 1,600.8 ㎡（うち有料老人ホーム部分 | | | | 1,600.8 ㎡） | | | |
| | 竣工日 | 令和 | 3年 12月24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 | | | | | 適合している | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 49 戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | 49 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 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.01㎡ | 39 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.48㎡ | 1 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 20.37㎡ | 1 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.02㎡ | 8 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 1 ヶ所 | | 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 ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 3 ヶ所 | | ヶ所 | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 機械浴 | 2 ヶ所 | | ヶ所 | | その他： | 一時的に機械浴3カ所、個浴1カ所となっています | |
| | 食堂 | 1 ヶ所 | | 面積 | 99.63 ㎡ | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | あり | | | | | | | |
| | エレベーター | あり（ストレッチャー対応） | | 1 ヶ所 | | | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | 1.68 m | 片廊下 | m | | | | |
| | 汚物処理室 | 2 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 | | | 2分 | | |
| | その他 | 相談室、健康管理室 | | | | | | | |
| 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 | 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 | | 介護が必要な方に安心して暮らして頂く |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 24時間スタッフが常駐し、介護・見守り・声かけ等を行う |
| 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 | なし | |
| 食事の提供 | 委託 | 株式会社日本シルバー食品 |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | なし | |
| 健康管理の支援（供与） | なし | |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施 | |
| 提供内容 | | 状況把握サービスの内容：毎日1回以上<br>居室訪問による安否確認・状況把握（声掛け）を行う。 |
| サ高住の場合、常駐する者 | | 介護職員初任者研修以上の修了 |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | |
| | 提供方法 | 年1回健康診断の機会付与 |
| 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虐待防止に関する管理者は、北條　由佳です。<br>②従業者に対し、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、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。<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、やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で1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、家族等への説明を行い、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね1ヶ月毎に行う。）<br>②経過観察及び記録をする。<br>③2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。<br>④1ヶ月に1回以上、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。 |

**（併設している高齢者居宅生活支援事業者）**

**【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】**

| | |
|---|---|
| 事業所名称 | （ふりがな）　ぷれみあむかいごけあひがしはごろも<br>プレミアム介護ケア東羽衣 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒592-0003<br>大阪府高石市東羽衣1丁目3番5号　サービス付き高齢者向け住宅「こもれび浜寺昭和町」内 |
| 事務者名 | （ふりがな）　ほうじょう　ゆか<br>北條　由佳 |
| 併設内容 | 訪問介護、障害福祉サービス |

**（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 | | | |
| | その他の場合： | | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人寿晄会　おおさわ.クリニック | |
| | 住所 | 大阪府高石市東羽衣3-2-2 | |
| | 診療科目 | 内科 | |
| | 協力科目 | | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | あり |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | あり |
| | 名称 | 医療法人博我会　高石病院 | |
| | 住所 | 大阪府高石市高師浜3-3-31 | |
| | 診療科目 | 内科 | |
| | 協力科目 | | |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 | あり |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 | あり |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | なし | | |
| | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 竹村歯科 | |
| | 住所 | 大阪府堺市南区桃山台3-4-1 | |
| | 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 | 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違約条項に抵触した場合　③2ヶ月以上の不在時 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | | 賃貸借契約書に準ずる |
| | 解約予告期間 | | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 空室がある場合、食事つき1日8,000円。<br>入浴1回1,000円。1週間限度とする。 |
| 入居定員 | 49 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 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | |
| 生活相談員 | 9 | 9 | | 管理者1名、介護職員8名 |
| 直接処遇職員 | 9 | 9 | | |
| 介護職員 | 9 | 9 | | |
| 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 | | | | |
| 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 | |
| 准看護師 | 0 | 0 | 0 | |
| 介護福祉士 | 7 | 7 | 0 | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 1 | 1 | 0 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 1 | 1 | 0 | |
| | | | | |

**（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 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| はり師 | | | |
| きゅう師 | | | |

**（夜勤を行う看護･介護職員等の人数）**

| 夜勤帯の設定時間（　17時　00 分～　翌9 時 00 分） | | |
|---|---|---|
| | 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 | 1 人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 |
| | 人 | 人 |

**（職員の状況）**

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | あり | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 業務に係る資格等 | | あり | 資格等の名称 | | 介護福祉士 | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度１年間の採用者数 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度１年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 １年以上３年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 ３年以上５年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 ５年以上１０年未満 | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 １０年以上 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | 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 | | 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： | 賃料のみ必要です。 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 消費者物価指数、人件費、その他費用による | |
| | 手続き | 事前通知および契約書変更 | |

### （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 | 2 | 4 |
| | | 年齢 | 70歳 | 80歳 |
| 居室の状況 | | 部屋タイプ | 介護居室個室 | 介護居室個室 |
| | | 床面積 | 18.01㎡ | 20.37㎡ |
| | | トイレ | あり | あり |
| | | 洗面 | あり | あり |
| | | 浴室 | なし | なし |
| | | 台所 | なし | なし |
| | | 収納 | あり | あり |
| 入居時点で必要な費用 | | 敷金 | 140,000円 | 140,000円 |
| | | 入居月の日割分 | 月額費用の日割 | 月額費用の日割 |
| 月額費用の合計 | | | 165,840円 | 165,840円 |
| | 家賃 | | 70,000円 | 70,000円 |
| | サービス費用（介護保険外※） | 食費 | 51,840円 | 51,840円 |
| | | 共益費 | 22,000円 | 22,000円 |
| | | 状況把握及び生活相談サービス費 | 22,000円 | 22,000円 |
| | | 電気代 | 実費 | 実費 |
| | | | | |
| | | | | |

備考　介護保険費用１割、２割又は３割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。）

※有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。）

**（利用料金の算定根拠等）**

| | | |
|---|---|---|
| 家賃 | 70,000円 | |
| 敷金 | 家賃の　　2ヶ月分 | |
| | 解約時の対応 | 現状復帰工事の代金支払い後返金 |
| 前払金 | なし | |
| 食費 | 51,840円 | |
| 共益費 | 22,000円 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | 22,000円 | |
| 電気代 | 実費 | |
| | | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添２ | |
| その他のサービス利用料 | | |

**（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 | ６５歳未満 | 1 人 |
| | ６５歳以上７５歳未満 | 1 人 |
| | ７５歳以上８５歳未満 | 15 人 |
| | ８５歳以上 | 30 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 | 3 人 |
| | 要介護２ | 10 人 |
| | 要介護３ | 6 人 |
| | 要介護４ | 11 人 |
| | 要介護５ | 17 人 |
| 入居期間別 | ６か月未満 | 9 人 |
| | ６か月以上１年未満 | 6 人 |
| | １年以上５年未満 | 32 人 |
| | ５年以上１０年未満 | 0 人 |
| | １０年以上１５年未満 | 0 人 |
| | １５年以上 | 0 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 8 人 ／ 6 人 |
| 入居者数 | | 47 人 |

### （入居者の属性）

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 20 人 | | 女性 | 27 人 | |
| 男女比率 | 男性 | 43 % | | 女性 | 57 % | |
| 入居率 | 96 % | 平均年齢 | 87.2 歳 | 平均介護度 | 3.6 | |

### （前年度における退去者の状況）

| | | |
|---|---|---|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 3 人 |
| | 医療機関 | 1 人 |
| | 死亡者 | 9 人 |
| | その他 | 0 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 | 0 人 |
| | | （解約事由の例） |

## 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） | | 株式会社プレミアムケア |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 0725-20-6527　／　0725-20-6528 |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～17：00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | なし |
| 窓口の名称（有料老人ホーム所管庁） | | 高石市保健福祉部広域事業者指導課 |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 072-493-6132　／　072-493-6134 |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～17：30 |
| 定休日 | | 土日祝祭日 |
| 窓口の名称<br>（サービス付き高齢者向け住宅所管庁） | | ①大阪府都市整備部住宅建築局居住企画課住宅施策推進G<br>②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 | | ①06-6941-0351　②06-6944-2675　／　①06-6210-9712　②06-6944-6670 |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～18：00 |
| 定休日 | | 土日祝祭日 |
| 窓口の名称（虐待の場合） | | 高石市保健福祉部地域包括ケア推進課 |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 072-267-1160　／　072-263-6116 |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～17：30 |
| 定休日 | | 土日祝祭日 |

**（サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応）**

| | | |
|---|---|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 加入先 | セコム損害保険株式会社 |
| | 加入内容 | 施設賠償責任保険 |
| | 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沿って対応する | |
| 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 | なし | ありの場合 | | |
| | | 実施日 | | |
| | | 結果の開示 | | |
| | | | 開示の方法 | |
| 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 | 公開していない |
| 事業収支計画書 | 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 公開していない |

## 10 その他

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 運営懇談会 | なし | ありの場合 | | |
| | | 開催頻度 | 年　　回 | |
| | | 構成員 | | |
| | | 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 | | |
| 身体的拘束等の適正化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 | | |
| | あり | 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、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** | あり | |
| 業務継続計画（ＢＣＰ）の策定状況等 | あり | 感染症に関する業務継続計画 | | |
| | あり | 災害に関する業務継続計画 | | |
| | あり | 職員に対する周知の実施 | | |
| | あり | 定期的な研修の実施 | | |
| | あり | 定期的な訓練の実施 | | |
| | あり | 定期的な業務継続計画の見直し | | |
| 提携ホームへの移行 | なし | ありの場合の提携ホーム名 | | |
| 個人情報の保護 | 鍵付き書庫にて保管 | | | |
| 緊急時等における対応方法 | 救急車の手配、連携医療機関への報連相など | | | |
| 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 | | |
| 所管庁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 | | | | |
| 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（事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス）
別添２（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）
別添３（介護保険自己負担額（自動計算））
別添４（介護保険自己負担額）

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

（入居者）

**住 所**

**氏 名** 様

（入居者代理人）

**住 所**

**氏 名** 様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明者署名

**（別添1）事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス**

| 介護保険サービスの種類 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|---|---|---|---|
| ＜居宅サービス＞ | | | |
| 訪問介護 | あり | プレミアム介護ケア南大阪 | 大阪府泉大津市豊中町1丁目4番5号<br>ヴィラ・あなしの森101号室 |
| | | プレミアム介護ケア高師浜 | 大阪府高石市高師浜4丁目7番26号　サービス付き高齢者向け住宅「こもれび高師浜」内 |
| | | プレミアム介護ケア東羽衣 | 大阪府高石市東羽衣1丁目3番5号　サービス付き高齢者向け住宅「こもれび浜寺昭和町」内 |
| 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 | あり | | |
| 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 | | |

（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 | なし | | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | なし | | |
| | おむつ代 | なし | | |
| | 入浴（一般浴）　介助・清拭 | なし | | |
| | 特浴介助 | なし | | |
| | 身辺介助（移動・着替え等） | なし | | |
| | 機能訓練 | なし | | |
| | 通院介助 | なし | | |
| | 口腔衛生管理 | なし | | |
| 生活サービス | 居室清掃 | なし | | |
| | リネン交換 | なし | | |
| | 日常の洗濯 | なし | | |
| | 居室配膳・下膳 | あり | 費用負担なし | |
| | 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 | なし | | |
| | 買い物代行 | なし | | |
| | 役所手続代行 | なし | | |
| | 金銭・貯金管理 | なし | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | なし | | |
| | 健康相談 | あり | 費用負担なし | |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | | |
| | 服薬支援 | あり | 費用負担なし | |
| | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | あり | 内容による | 1回1時間毎2,200円 |
| | 入退院時の同行 | あり | 内容による | 1回1時間毎2,200円 |
| | 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。