

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 2020年7月30日 |
| 記入者名 | 悦田 文秀 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|-----------------------------------|--|
| 名称 | (ふりがな) かぶしきかいしゃ ひゅーず 株式会社 HUES | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 557-0016 大阪市西成区花園北1-9-29 | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 06-6641-5090/06-6641-5089 |
| | メールアドレス | 無し |
| | ホームページアドレス | http:// flowergarden.ne.jp/ |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 平林 亜佳音 | |
| 設立年月日 | 平成 27年6月10日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（事業者が運営する介護サービス事業一覧表） | |

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) ふらわーがーでんはなぞの フラワーガーデン花園 | |
| 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 | 〒 557-0016 大阪市西成区花園北一丁目9番29号 | |
| 主な利用交通手段 | 南海本線・高野線 新今宮駅より徒歩5分(400m) | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6641-5090 |
| | FAX番号 | 06-6641-5089 |
| | ホームページアドレス | http:// flowergarden.ne.jp/ |
| 管理者（職名／氏名） | 施設長 / 悦田 文秀 | |
| 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 27年7月1日 | 平成 27年6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 | 991.8 m ² | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 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 | 3,942.4 m ² (うち有料老人ホーム部分 | | | 1,953.6 m ²) | | | | | |
| | 竣工日 | 平成 | 19年3月7日 | | 用途区分 | | | | | |
| | 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 | 10階 | | (地上 | | 10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 | | | | | | 適合していない | | | |
| | 居室の状況 | 総戸数 | 144戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | 93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 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 20.1m ² | 40 | 北側 居室 | |
| 一般居室個室 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 20.7m ² | 38 | 南側 居室 | |
| 介護居室個室 | | ○ | ○ | ○ | ○ | × | 20.1m ² | 8 | 北側 居室 | |
| 介護居室個室 | | ○ | ○ | ○ | ○ | × | 20.7m ² | 7 | 南側 居室 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 0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 | | | 0ヶ所 | | | |
| | 共用浴室 | 大浴場 | | ヶ所 | | ヶ所 | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | チェア浴 | | ヶ所 | | ヶ所 | | その他： | | |
| | 食堂 | ヶ所 | | 面積 | | m ² | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | なし | | | | | | | | |
| | 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 | | 2m | | 片廊下 | | m | | |
| | 汚物処理室 | 1ヶ所 | | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | トイレ | あり | 浴室 | なし | 脱衣室 | なし | |
| | 通報先 | 1階事務所 | | 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) | | 2F設置 | 他フロア順次設置予定 | | | | |
| | 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)

| | | |
|--------------------------|--|---------------------|
| <p>運営に関する方針</p> | <p>1 地元住民や地元自治体・近隣学校などとの交流を進め、地域のコミュニティとして推進します。</p> <p>2 ご利用者様が生きがいを持ち、夢と情熱・希望を持てるコミュニティづくりに努めます。</p> <p>3 社員は明るく、笑顔と誠意を忘れず、ご利用者様の考えに共有意識を持ちながら行動致します。</p> <p>4 ご利用者様だけでなく、親族の皆様方、近隣住民の方々のためのコミュニティ作りに努めていきます</p> <p>5 社員はご利用者様一人ひとりの個性を尊重し、ご利用者様の立場になり運営を進めてまいります</p> <p>6 ご利用者様が、自宅と同じ意識で自由に過ごせる空間作りを進めてまいります。</p> <p>7 業務上で知り得た入居者及びその家族に関する個人情報については個人情報保護法を遵守してその保護に努め、入居者又は第三者の生命、身体等に危険又は医療上緊急の必要性がある場合など、正当な理由がある場合、又は入居者及びご家族等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ありません。</p> <p>8 入居者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じた時は、主治医又は協力医療機関に連絡を取り、適切な対応を致します。</p> <p>9 非常事態が発生した場合、防災計画に従い、入居者の非難等について適切な処置を講じます。</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>なし</p> | |
| <p>食事の提供</p> | <p>委託</p> | <p>株式会社トータルライフ</p> |
| <p>調理、洗濯、掃除等の家事の供与</p> | <p>なし</p> | |
| <p>健康管理の支援（供与）</p> | <p>なし</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>・状況把握サービスの内容：毎日一回以上安否確認・状況把握（声掛け）を行う</p> <p>・生活相談サービスの内容：日中、随時受け付けており、相談内容が専門的な場合、専門機関等を紹介する。</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>委託</p> | <p>神埼クリニック</p> |
| | <p>提供方法</p> | <p>年1回健康診断の機会付与</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入居者の個別選択によるサービス一覧表）</p> | |
| <p>虐待防止</p> | <p>①サービス委託先の研修に管理者が参加する</p> <p>②入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。</p> | |
| <p>身体的拘束</p> | <p>身体拘束は原則禁止しており、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、入居者の身体に応じてその方法、期間（最長で一ヶ月）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、同意書を頂く。②経過観察及び記録をする。</p> | |

(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 | ① 神埼クリニック ② 寛友会クリニック | |
| | 住所 | ① 〒557-0031 大阪市西成区鶴見橋一丁目6番15号 | |
| | | ② 〒553 - 0004大阪市福島区玉川2-12--24 | |
| | 診療科目 | ① 内科・外科・放射線科 ② 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 | ほざわ歯科クリニック | |
| | 住所 | 〒547-0034 大阪府大阪市平野区背戸口2-6-30 | |
| | 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 | 介護居室へ移る場合 | | | |
| | その他の場合 | | | |
| 判断基準の内容 | 主治医の意見、本人の意思、身元引受人の意見を聞く。 | | | |
| 手続の内容 | | | | |
| 追加的費用の有無 | なし | 追加費用 | | |
| 居室利用権の取扱い | 利用権方式 | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | なし | 調整後の内容 | | |
| 従前の居室との仕様の変更 (2F) | 面積の増減 | なし | 変更の内容 | |
| | 便所の変更 | あり | 変更の内容 | カーテンでの仕切り |
| | 浴室の変更 | あり | 変更の内容 | シャワールーム |
| | 洗面所の変更 | あり | 変更の内容 | 浴室から居室へ移動 |
| | 台所の変更 | あり | 変更の内容 | ミニキッチンから大キッチン |
| | 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 | 概ね60歳以上の方で | | |
| | 一 常時医療を必要としない方 | | |
| | 二 感染症に罹病していない方 | | |
| | 三 自傷・他害の恐れのない方 | | |
| 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 | | |
| | 解約予告期間 | | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 1泊2日/5,000円 |
| 入居定員 | 93 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 | | |
| 生活相談員 | | 1 | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | 3 | | |
| 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 | | 3 | 2 | |
| 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 | | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 1 | | | |
| 社会福祉士 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(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 (18時~8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 | 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 | なし | 資格等の名称 | | | | | |
| | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | |
| 就業した職員に 従事した経験 年数に 応じて | 1年未満 | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 1 | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 3 | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | あり 年一回、入職後随時 | | | | | | | |

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 | 全額前払い方式 | |
| | 選択方式の内容 ※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： | 管理費、日割計算 |
| 利用料金の改定 | 条件 | |
| | 手続き | |

(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 | 一般居室個室 | 介護居室個室 |
| | 床面積 | 20.1㎡ | 20.7㎡ |
| | 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 | なし |
| 入居時点で必要な費用 | 敷金 | 168,000円（福祉160000円） | 168,000円（福祉160000円） |
| | | | |
| 月額費用の合計 | | 102500円（福祉100,500円） | 102500円（福祉100,500円） |
| ※ サ ー ビ ス 外 の 費 用 （ 介 護 | 家賃 | 42,000円（福祉40,000円） | 42,000円（福祉40,000円） |
| | 食費 | 40,500円 | 40,500円 |
| | 共益費 | 5,000円 | 5,000円 |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | 無し | 無し |
| | 光熱水費 | 実費 | 実費 |
| | 管理費 | 15,000円 | 15,000円 |
| 備考 | 介護保険費用1割又は2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 | 42,000円 (福祉40,000円) | |
| 敷金 | 家賃の | 4ヶ月分 |
| | 解約時の対応 | 原状回復費用を除き全額返却 |
| 前払金 | なし | |
| 食費 | 朝食250円 昼食550円 夕食550円 | |
| 共益費 | 共同施設の維持管理・修繕費 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | 無し | |
| 光熱水費 | 実費 | |
| 管理費 | 共用施設等の維持・管理費・事務管理部門の人件費及び事務費、要支援者・要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス等に係る人件費 | |
| 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 | 11人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 37人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 30人 |
| | 85歳以上 | 13人 |
| 要介護度別 | 自立 | 15(障害区分含む)人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 17人 |
| | 要介護2 | 25人 |
| | 要介護3 | 14人 |
| | 要介護4 | 8人 |
| | 要介護5 | 12人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 15人 |
| | 6か月以上1年未満 | 9人 |
| | 1年以上5年未満 | 67人 |
| | 5年以上10年未満 | 人 |
| | 10年以上 | 人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 0人 / 0人 |
| 入居者数 | | 91人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-----|------|--------|-------|---|
| 性別 | 男性 | 60人 | 女性 | 31人 | |
| 男女比率 | 男性 | 73% | 女性 | 27% | |
| 入居率 | 97% | 平均年齢 | 73.01歳 | 平均介護度 | 2 |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|-------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 2人 |
| | 社会福祉施設 | 2人 |
| | 医療機関 | 3人 |
| | 死亡者 | 16人 |
| | その他 | 2(他有料老人ホーム)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 | 4人 |
| | | (解約事由の例) 他施設転居 |

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) | | フラワーガーデン花園事務室苦情処理担当者 |
| 電話番号 / F A X | | 06-6641-5090 / 06-6641-5089 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00~18:00 |
| 定休日 | | 原則としてなし。 |
| 窓口の名称 (大阪市有料老人ホーム指導担当) | | 大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課 |
| 電話番号 / F A X | | 06-6241-6315 / 06-6241-6608 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 |
| 定休日 | | 土日、祝祭日、年末年始等 |
| 窓口の名称 (大阪市サービス付き高齢者向け住宅担当) | | 大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課 |
| 電話番号 / F A X | | 06-6241-6315 / 06-6241-6608 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 |
| 定休日 | | 土日、祝祭日、年末年始等 |
| 窓口の名称 (虐待の場合) | | 大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課 |
| 電話番号 / F A X | | 06-6241-6315 / 06-6241-6608 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 |
| 定休日 | | 土日、祝祭日、年末年始等 |

(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 | 株式会社損保ジャパン |
| | 加入内容 | 福祉事業者総合賠償責任保険 |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | サービスの提供上で事故等が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償する。 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、事故報告書を作成し保険者（市町村）、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に対して連絡及び説明を行い、適切な対応を行うとともに、事故の状況及び事故に際し採った処置について記録を開示します。 | |
| 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 | 意見箱設置 | |
| | | 実施日 | | |
| | | 結果の開示 | なし | |
| | | | 開示の方法 | 運営懇談会 |
| 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 | | |
| | | | | |
| | | 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 | 入居希望者に公開・入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 大阪府有料老人ホーム設置運営指導指針の適用外のため公開しない |
| 財務諸表の要旨 | 大阪府有料老人ホーム設置運営指導指針の適用外のため公開しない |
| 財務諸表の原本 | 大阪府有料老人ホーム設置運営指導指針の適用外のため公開しない |

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、家族、施設長、職員、他事業所ケアマネ |
| | | 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 | <p>・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り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく医療・介護関係者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン、並びに大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。</p> <p>・施設職員及び事業所は、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。</p> <p>・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する。</p> | | |
| 緊急時等における対応方法 | <p>・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に基づく）</p> <p>例）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かを確認する。</p> <p>・連絡がとれない場合の連絡先及び対応について確認する。</p> <p>・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。</p> <p>・賠償すべき問題が発生した場合は速やかに対応する。</p> | | |
| 大阪市ひとにやさしいまちづくり整備要綱等に定める基準の適合性 | 適合 | 不適合の場合の内容 | |
| 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 | 大阪市有料老人ホーム設置運営指導指針適用外 | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | 各居室トイレにナースコールがついていない。 | | |
| 「7. 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 | スプリンクラーの設置。 | |
| 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 | | | |
| 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（事業者が運営する介護サービス事業一覧表）

別添2（入居者の個別選択によるサービス一覧表）

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

平成

年

月

日

説明者署名

(別添1)事業者が運営する介護サービス事業一覧表

| 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 | 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 | | |
| ＜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 | | |

(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入居者の個別選択によるサービス一覧表

| | | 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 | なし | | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 0円 | |
| | おむつ代 | あり | 実費 | |
| | 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 | 原則無し。 | |
| 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 | 0円 | 基本的に配膳・下膳 |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | あり | 実費 | 実費 |
| | おやつ | あり | 実費 | |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | 2,000円/回 | 外部からの訪問理美容 |
| | 買い物代行 | あり | 0円 | |
| | 役所手続代行 | あり | 0円 | |
| 金銭・貯金管理 | あり | 0円 | 必要に応じて実施 | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | 0円 | 年一回 |
| | 健康相談 | あり | 0円 | 随時 |
| | 生活指導・栄養指導 | あり | 0円 | 随時 |
| | 服薬支援 | あり | 0円 | |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | | 随時 |
| 入退院のサービス | 移送サービス | あり | 1h/3000円 | |
| | 入退院時の同行 | あり | 1h/3000円 | |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | 1h/3000円 | |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | 1h/3000円 | |