

有料老人ホーム プラムケアー

重要事項説明書



医療法人 孝至会

重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 記入年月日 | 令和3年6月30日 |
| 記入者名 | 李 民友 |
| 所属・職名 | 有料老人ホーム 管理者 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|-----------------------------------|--|
| 名称 | (ふりがな) いりょうほうじん こうしかい 医療法人 孝至会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 547-0041 大阪府大阪市平野区平野北一丁目9番8号 | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 06-6791-5300／06-6791-5305 |
| | メールアドレス | plumcare5300@yahoo.co.jp |
| | ホームページアドレス | http:// www.plumcare.com/ |
| 代表者（職名／氏名） | 理事長 / 李 民 實 | |
| 設立年月日 | 平成 16年6月8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) ゆうりょうろうじんほーむ ぶらむけあー 有料老人ホーム プラムケアー | |
| 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 | 〒 547-0041 大阪府大阪市平野区平野北一丁目10番31号 | |
| 主な利用交通手段 | JR大和路線 平野駅 下車 東へ約2分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6791-5300 |
| | FAX番号 | 06-6791-5305 |
| | ホームページアドレス | http:// www.plumcare.com/group/price.php |
| 管理者（職名／氏名） | 管理者 / 李 民 友 | |
| 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 26年 7月 1日 | 平成 26年 7月 14日 |

3 建物概要

| | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|-------------------------------------|---------------|------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------|--------------------|--|
| 土地 | 権利形態 | | 抵当権 | | 契約の自動更新 | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | ～ | | | | | | | | |
| | 面積 | 575.24 m ² | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | | 契約の自動更新 | なし | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 26年 | 6月 | 1日 | ～ | 平成 | 56年 6月 1日 | | |
| | 延床面積 | 1,652.2 m ² (うち有料老人ホーム部分 | | | 1,098.2 m ²) | | | | | |
| | 竣工日 | 平成 | 3年 | 5月 | 24日 | 用途区分 | 事務所 | | | |
| | 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 | 9階 | | (地上 | | 9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 | 38戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | 38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 | × | ○ | × | × | × | 15.70～ 16.80m ² | 6 | | |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | × | 14.40～ 15.60m ² | 8 | | |
| | 一般居室個室 | × | ○ | × | × | × | 11.30～ 11.50m ² | 8 | | |
| | 一般居室個室 | × | × | × | × | × | 10.66～ 11.70m ² | 16 | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 12ヶ所 | | うち男女別の対応が可能なトイレ | | | 12ヶ所 | | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ | | | 12ヶ所 | | | |
| | 共用浴室 | 個室 | 6ヶ所 | | 個室 | 1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： | | |
| | 食堂 | 6ヶ所 | | | 面積 | 305.07 m ² (6フロアの食堂の床面積合計) | | | | |
| | 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(車椅子対応) | | | | | 1ヶ所 | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | m | | 片廊下 | 1.4 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 | |
| | 通報先 | ナースコール | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | 3分以内 | | | |
| 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) | | | | | | | |
| | 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 | <p><運営理念></p> <p>① 人間愛・奉仕 私達は人間愛に根ざした精神で、障害を持つ弱者である利用者に奉仕することを基本使命とする。</p> <p>② 個性・その人らしさ 平野介護総合支援プラザでは、利用者をはじめとする本事業に関わるすべての人々の個性、その人らしさを最も 尊び、利用者が快適で幸福感のある空間、 サービス、 時間を過ごせるよう努める。</p> <p>③ 利用者優先 私達は本事業が利用者の為にあることを常に忘れず、利用者優先の意識を高く掲げ、 利用者の目線、 立場に徹しすべての業務を遂行する。</p> <p>④ チームアプローチ・協力・調和 私達は自身の専門性を高めつつ、職員相互が協力しあう民主的なチームとして利用者アプローチし、 地域社会に調和、 寄与するよう志向する。</p> <p>⑤ 創造 私達は利用者や地域社会のニーズに対応するため、利用者や地域のための斬新で至高の介護事業を創造すべく、常に前向きなチャレンジを行う。</p> | |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>全38室、全室個室。訪問介護、障がい福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）の各事業所を併設。また、徒歩3分の所には居宅介護支援事業所の他、法人傘下の診療所「みのりクリニック」があり、内科、整形外科等の外来診療の他、訪問看護、通所リハビリ、訪問リハビリといった介護保険サービスも提供しています。さらに診療所と同じ建物内には、介護保険の申請や介護サービスの利用に関する相談などにお応えする居宅以後支援事業所もございます。居宅サービス事業所を併設。介護施設に入居後も自宅に居た時と同じようにこれらの居宅サービスが利用できるのは、住宅型有料老人ホームならではの魅力です。</p> <p>みのりクリニックからは、日曜祝日等休診日を除く毎日、医師が各居室を訪問して健康チェックをさせていただいています。健康相談が受けられます。もちろん日々の健康管理は訪問看護の看護師らがフォロー。毎日の生活はヘルパーがしっかりサポートいたします。医療・看護・介護が三位一体となってその人らしいシニアライフを支えます。</p> | |
| 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 | 自ら実施 | 要介護認定をお持ちの方は、介護保険での訪問介護サービスをご利用ください。それ以外の方は、「生活支援パッケージサービス」もしくは「個別有料サービス」をご利用ください。 |
| 食事の提供 | 委託 | 株式会社 ケアプラス |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与 | 自ら実施 | 要介護認定をお持ちの方は、介護保険での訪問介護サービスをご利用ください。それ以外の方は、「生活支援パッケージサービス」もしくは「個別有料サービス」をご利用ください。 |
| 健康管理の支援（供与） | 自ら実施 | 実施は協力医療機関。受診等の取次や医療機関との調整などをお手伝いします。 |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施 | |
| 提供内容 | 管理規程 I-10. (3) 生活相談・助言サービス 参照 | |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 協力医療機関 みのりクリニック |
| 提供方法 | 年2回（原則として3・9月）に文書で案内、希望者には日時等を調整し、健康診断が受けられるよう支援いたします。 管理規程 I-10. (1) 健康管理サービス 参照 | |
| 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入居者の個別選択によるサービス一覧表） | |
| 虐待防止 | 施設管理者を虐待防止責任者として、研修や業務指導を通じ、入居者の方々の人権尊重を第一として、サービスの提供を行います。 | |
| 身体的拘束 | 入居者の方々の生命又は身体の保護のため、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はいたしません。 | |

(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 | 医療法人孝至会 みのりクリニック |
| | 住所 | 大阪府大阪市平野区平野北一丁目9番8号 |
| | 診療科目 | 内科・外科・呼吸器科・胃腸科・リハビリテーション |
| | 協力内容 | 訪問診療、急変時の対応 |
| | | その他の場合：日常的な健康管理、健康相談 |
| | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 診療科目 | |
| 協力歯科医療機関 | 協力内容 | |
| | | その他の場合： |
| | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 協力内容 | |
| | | その他の場合： |

(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 | |
| | 住所 | |
| | 診療科目 | |
| | 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 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 協力内容 | |
| | | 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 | | | |
| | その他の場合：見守り体制のある階への移転 | | | |
| 判断基準の内容 | 疾病等に由来する、継続的な見守りの必要性の有無 | | | |
| 手続の内容 | 入居者側からの要望あるいは施設側の上記必要性の判断があった場合に双方が協議し、合意に至れば契約を更改。 | | | |
| 追加的費用の有無 | あり | 追加費用 | 家賃相当額40,000円の居室から、7～9階の床面積14.4㎡以上の居室に移転した場合は、5,000円または10,000円の利用料差額（追加費用）が発生。 | |
| 居室利用権の取扱い | 居室利用権は住み替え後の居室に移転する。 | | | |
| 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 | 面積の増減 | あり | 変更の内容 | 仕様により最高6.14㎡の増減あり。 |
| | 便所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 浴室の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 洗面所の変更 | あり | 変更の内容 | 7～9階から2～4階への移転の場合には居室内の洗面台から、共有リビングの洗面台の利用に変わる。 |
| | 台所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 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 | 要支援、要介護 | (未申請、非該当の方もご相談に応じます) |
| 留意事項 | 要介護認定をお持ちでない方は、入居契約とともに生活支援パッケージサービスの利用契約が必要です。 | |
| 契約の解除の内容 | ①逝去された場合 ②入居者からの解除 ③事業者からの正当事由をもつての解除 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第28条 |
| | 解約予告期間 | 30日以上 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月以上前に書面でお知らせください。 | |
| 体験入居 | あり | 内容 体験入居される場合には、下記の利用料を申し受けま す。 ア) 居室利用料等 (共用施設利用料を含む) 1日につき 2,500円 イ) 食事代 朝食490円・昼食590円・夕食590円で 喫食数分の実費 ウ) 生活サービス利用料 (介護のサービスの利用を 含む) 1日につき 6,500円 エ) その他のもので、ご利用者様にご負担いただ べき費用 実費 (紙おむつや尿取りパット はご自身でご準備下さい。施設で購入され る場合は、袋単位でのご購入となります。) *詳しくはご案内の文書でお確かめください。 |
| 入居定員 | 38 人 | |
| その他 | 特にありません | |

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 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 14 | | 14 | 訪問介護事業所訪問介護員13 |
| 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 | 居宅介護支援事業所、訪問介護事業所の事務員を兼務 |
| 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 | 6 | | 6 | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 1 | | 1 | |
| 旧介護職員基礎研修修了者 | | | | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 11 | | 11 | |
| 看護師 | | | | |
| 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 (17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 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 2.1 人 | 1.0 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 | | なし | | | | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------------------|--------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| | 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 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | 0 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 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 | | | 1 | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | | 3 | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | | 4 | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | | 6 | | | | | | |
| | 10年以上 | | | 0 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | あり (夜勤等深夜業を行う職員には、年間2回実施している) | | | | | | | | |

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 ※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： 家賃相当額、管理費、光熱水費は不在時も減免なし |
| 利用料金の改定 | 条件 | 土地・建物に対する公租公課の増減、土地・建物の価格の上昇もしくは低下、または近傍類似の建物賃料や類似サービス料等に比較して賃料等が不相応になったとき（契約書第2条（5）） |
| | 手続き | 事業者から提起する場合には、遅くとも改定の1月前までに、本人及び身元引受人に対し文書でその内容を通知し、同意を得るものとする。 |

(代表的な利用料金のプラン)

| | | プラン1（生活保護世帯の方） | プラン2（一般世帯の方） |
|---|---------------------------|----------------|-----------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護1～5 | 要介護1～5、要支援1～2 |
| | 年齢 | 概ね65歳以上 | 概ね65歳以上 |
| 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 | 10.66～11.70㎡ | 10.66～16.80㎡ |
| | トイレ | なし | なし |
| | 洗面 | なし | あり |
| | 浴室 | なし | なし |
| | 台所 | なし | なし |
| | 収納 | なし | なし |
| 入居時点で必要な費用 | 敷金 | 150,000円 | 150,000円 |
| | 月額費用の合計 | | |
| 家賃 | | 40,000円 | 40,000円～53,000円 |
| ※サービス費用（介護保険外） | 食費（30日計算） | 50,100円 | 50,100円 |
| | 管理費 | 10,000円 | 26,250円 |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | | |
| | 光熱水費 | 5,000円 | 5,000円 |
| | 生活支援パッケージサービス費（要支援認定の方限定） | | 40,000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。） 食費の内訳（1食あたり）：朝食 490円、昼食 590円、夕食 590円 ※生活保護世帯の方に限り、管理費は10,000円でご利用いただけます。 | | | |

(利用料金の算定根拠等)

| | | |
|----------------------|---|--|
| 家賃 | 居室ごとの床面積及び付属設備等に応じて、以下の3類型とした。 ① 床面積10.66～11.50㎡ 家賃40,000円 ② 同 14.40～15.60㎡ 家賃45,000円 ③ 同 15.70～16.80㎡ 家賃50,000円 最低家賃を40,000円とし、当該価格帯の1居室の床面積の平均値を11㎡とした時、1㎡あたり単価はおよそ3,600円となる。一方①のグループは平均床面積を16㎡、②のグループは15㎡とみなし、それぞれの平均床面積に対し、上記1㎡あたり単価を乗じて得た額に①は約13%を、②は約17%を割り引いて算出している。 | |
| 敷金 | 家賃の | 概ね3ヶ月分 |
| | 解約時の対応 | 原則として全額を返還する。ただし、原状回復の費用に充当する場合、未収金の回収に充当する場合には受働債権として相殺する場合がある。 |
| 前払金 | | |
| 食費 | 委託費をもとに算定している。 | |
| 管理費 | 一律¥26,250とする。用途は以下の通り。 (1) 敷地及び共用部門・共用施設の維持、補修、管理、清掃、消毒及びゴミ処理等に関する業務 (2) 入居者が使用する居室及びその備付け設備についての定期的点検、補修並びに取替え等に関する業務 (3) 入居者に対する各種サービスの提供業務 (4) 防犯・防災に関する業務 (5) 連絡及び渉外に関する業務 (6) その他の関係する業務 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | | |
| 光熱水費 | 水道、電気料金について、一律¥5,000を徴収 年間の電気料金および水道料金の概ね3割を入居者の消費分と見て、次の算式によって算出 電気料金および水道料金の年間支払額×0.3÷12÷38 | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 「個別有料サービス」で「身体にかかわる介護」は、身体介護2(60分未満)相当額を、「身体にかかわらない介護」は生活援助3の費用額を27%ディスカウントした額としています。 | |
| その他のサービス利用料 | 「生活支援パッケージサービス費」は 旧介護予防訪問介護費(Ⅲ)相当額を積算根拠としています。 | |

(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 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 11人 |
| | 85歳以上 | 17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 | 0人 |
| | 要介護2 | 4人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 13人 |
| | 要介護5 | 7人 |
| | 申請中 | 0人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 5人 |
| | 6か月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 12人 |
| | 5年以上10年未満 | 9人 |
| | 10年以上 | 0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 | | 28人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 性別 | 男性 | 9人 | 女性 | 19人 | |
| 男女比率 | 男性 | 32.1% | 女性 | 67.9% | |
| 入居率 | 73.7% | 平均年齢 | 85.5歳 | 平均介護度 | 3.8 |

(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 | 1人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 14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) 前例はありません |
| | 入居者側の申し出 | 4人 (解約事由の例) 本人の強い希望により自宅に戻られた。 入院後、重篤化し生活施設の利用が困難になった。 |

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) | | 平野介護総合支援プラザ プラムケア | |
| 電話番号 / F A X | | 06-6791-5300 / 06-6791-5305 | |
| 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 | | 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 (指定・指導グループ) 有料老人ホーム担当 | |
| 電話番号 / F A X | | 06-6241-6310 / 06-6241-6608 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 | |
| 定休日 | | 土・日・祝日及び12/29~1/3 | |
| 窓口の名称 (大阪市サービス付き高齢者向け住宅担当) | | | |
| 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) | | 施設内における高齢者虐待 (養介護施設従事者等による高齢者虐待) に関する通報・届出窓口 大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課指定・指導グループ | |
| 電話番号 / F A X | | 06-6241-6310 / | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 | |
| 定休日 | | 土・日・祝日及び12/29~1/3 | |

(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 | あいおい損害保険株式会社 |
| | 加入内容 | 介護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損害賠償に係る費用等の補填 |
| | その他 | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 誠意をもって速やかに賠償に応じます。 | |
| 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 | 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・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 | 公開していない |
| 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 | 入居者およびその家族等、施設職員、併設居宅サービス事業所管理者等 |
| | | 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 | 医療法人 孝至会 個人情報保護方針および平野介護総合支援プラザプログラムケア 個人情報保護規程に則り、個人情報の保護に努めます。 こちらのURLでご覧いただけます。 ➡ http://minor-plum.com/img/file103.pdf | | |
| 緊急時等における対応方法 | 緊急時対応マニュアルに則って、適切に対応いたします。 | | |
| 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 | 不適合 | 不適合の場合の内容 | 1 便所内非常用ボタン、大便器洗浄装置に点字表示なし。 2 車いす使用者用駐車スペースを設けていない。 3 エレベーター乗降ロビー、150cm角未満 (120cm角) |
| 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 | 床面積が13㎡未満の居室が全38室中24室 (63.2%) あります。 | | |
| 「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 適合している | | |
| | 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 | 重要事項説明書に明記し、重要事項説明の際に口頭でも説明いたします。 | | |
| 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 令和 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 | あり | 平野介護総合支援プラザ プログラムケア訪問介護事業所 | 大阪市平野区平野北一丁目10番31号 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | あり | 医療法人孝至会 みのりクリニック | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル2階 |
| 訪問リハビリテーション | あり | 医療法人孝至会 みのりクリニック | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル2階 |
| 居宅療養管理指導 | あり | 医療法人孝至会 みのりクリニック | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル2階 |
| 通所介護 | あり | | |
| 通所リハビリテーション | あり | 医療法人孝至会 みのりクリニック | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル3階 |
| 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 | あり | 平野介護総合支援プラザ プログラムケア居宅介護支援事業所 | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル4階 |
| ＜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 | あり | 医療法人孝至会 みのりクリニック | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル2階 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | 医療法人孝至会 みのりクリニック | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル2階 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | 医療法人孝至会 みのりクリニック | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル2階 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | 医療法人孝至会 みのりクリニック | 大阪市平野区平野北一丁目9番8号 武陵医療複合ビル3階 |
| 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 (個別有料サービスの場合) | | 生活支援パッケージサービス | 備 考 |
|----------|------------------|----------------------------------|------------------|--------------------|---|
| | | あり | 料金※(税抜) | (要支援の方 限定) | |
| 介護サービス | 食事介助 | あり | 70円/分 | 介護予防計画に位置付けられた場合のみ | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 70円/分 | 介護予防計画に位置付けられた場合のみ | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | おむつ代 | あり | 袋単位で実費となります。 | | |
| | 入浴(一般浴) 介助・清拭 | あり | 70円/分 | 週2回(45分以内/回)まで | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 特浴介助 | あり | 70円/分 | | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 身辺介助(移動・着替え等) | あり | 70円/分 | 介護予防計画に位置付けられた場合のみ | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 機能訓練 | あり | 70円/分 | | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 通院介助 | あり | 70円/分 | 介護予防計画に位置付けられた場合のみ | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 30円/分 | 週1回(20分以内/回) | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | リネン交換 | あり | 30円/分 | 週1回(20分以内/回) | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 日常の洗濯 | あり | 30円/分 | 週2回(30分以内/回) | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 居室配膳・下膳 | あり | 30円/分 | 毎食時 | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | | | 自己の選択によって、施設外の業者から外食や仕出しの注文をしていただくことは差支えありません。 |
| | おやつ | あり | 昼食代に包含(実質70円) | | |
| | 理美容師による理美容サービス | なし | 事業者の規程による(希望者のみ) | | 訪問理美容の機会設定あり |
| | 買い物代行 | あり | 30円/分 | 週2回(30分以内/回) | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 役所手続代行 | あり | 30円/分 | | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 金銭・貯金管理 | あり | 不要 | | 小口現金に限る。社協や信託銀行等の金銭管理サービスの利用を推奨いたしております。 |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | 協力医療機関の請求額 | 協力医療機関の請求額 | 案内、取次のみ行います。 |
| | 健康相談 | あり | 不要 | 不要 | 医療行為を伴う場合は診療費が必要となります。 |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | 協力医療機関の請求額 | 協力医療機関の請求額 | ご相談の内容に応じて、専門職に取り次ぐこともできますが、その場合の費用は利用者負担となります。 |
| | 服薬支援 | あり | 70円/分 | 必要時 | 介護保険サービス(介護給付)でのご利用ができない場合に限りです。 |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | あり | 不要 | | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | なし | | | 介護タクシー等の利用をお勧めしています(利用のための支援は致しません)。 |
| | 入退院時の同行 | あり | 70円/分 | | 原則として、ご家族でご対応ください。 |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | 30円/分 | | 原則として、ご家族でご対応ください。 |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | | | |

※「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。
料金はいずれもサービスの対価であり、交通費、駐車料金等付随して発生する費用は実費申し受けます。