

**サービス付き高齢者向け住宅花りぼん日根野東館**  
**重要事項説明書**

|       |            |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 令和6年6月 1 日 |
| 記入者名  | 伊藤美和子      |
| 所属・職名 |            |

**1 事業主体概要**

|            |                                      |                                   |  |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 名称         | (ふりがな)らいじんぐさんかぶしきがいしゃ<br>ライジングサン株式会社 |                                   |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 595-0061<br>大阪府泉大津市春日町 6 番 2 3 号   |                                   |  |
| 連絡先        | 電話番号／F A X 番号                        | 電話0725-92-5818 F A X 0725-92-5819 |  |
|            | メールアドレス                              |                                   |  |
|            | ホームページアドレス                           | <a href="http://">http://</a>     |  |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 内田 誠幸                        |                                   |  |
| 設立年月日      | 平成                                   | 2 7 年 8 月 2 8 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)さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく はなりぼんひねのひがしかん<br>サービス付き高齢者向け住宅 花りぼん日根野東館 |                               |   |
| 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                            |                               |   |
| 有料老人ホームの類型                   | 住宅型                                                                |                               |   |
| 所在地                          | 〒 598-0003<br>大阪府泉佐野市俵屋240番地の3                                     |                               |   |
| 主な利用交通手段                     | J R 阪和線 日根野駅より徒歩10分                                                |                               |   |
| 連絡先                          | 電話番号                                                               | 072-458-8886                  |   |
|                              | F A X 番号                                                           | 072-458-8887                  |   |
|                              | ホームページアドレス                                                         | <a href="http://">http://</a> |   |
| 管理者（職名／氏名）                   | 施設長 / 伊藤美和子                                                        |                               |   |
| 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                                                                 | 29年11月1日                      | / |

### 3 建物概要

|            |                        |                                                     |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
|------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------|------------------|----------------|------------------|----------|------|-------------------------|
| 土地         | 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               | 平成                                                  | 29年11月1日 ~ 平成     |                  |                |                  | 52年3月31日 |      |                         |
|            | 面積                     | 1,275.0 m <sup>2</sup>                              |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
| 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               | 平成                                                  | 29年11月1日 ~ 平成     |                  |                |                  | 52年3月31日 |      |                         |
|            | 延床面積                   | 732.46 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム部分 m <sup>2</sup> ) |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
|            | 竣工日                    | 平成                                                  | 25年3月31日          |                  |                | 用途区分             |          |      |                         |
|            | 耐火構造                   | 準耐火建築物                                              |                   | その他の場合：          |                |                  |          |      |                         |
|            | 構造                     | 鉄骨造                                                 |                   | その他の場合：          |                |                  |          |      |                         |
|            | 階数                     | 2 階                                                 |                   | (地上              | 2 階、地階         |                  | 0 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<br>状況  | 総戸数                    | 18 戸                                                |                   | 届出又は登録をした室数      |                |                  |          | 18 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、<br>相部屋の定員数等) |
|            | 一般居室個室                 | ○                                                   | ○                 | ×                | ×              | ○                | 18.49    | 12   |                         |
|            | 一般居室個室                 | ○                                                   | ○                 | ×                | ×              | ○                | 18.75    | 6    |                         |
|            |                        |                                                     |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
|            |                        |                                                     |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
|            |                        |                                                     |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
|            |                        |                                                     |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
|            |                        |                                                     |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
|            |                        |                                                     |                   |                  |                |                  |          |      |                         |
| 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 |                |                  |          | ヶ所   |                         |
|            | 共用浴室                   | 大浴場                                                 | ヶ所                |                  | 個室             | 1 ケ所             |          |      |                         |
|            | 共用浴室における<br>介護浴槽       | チェ<br>アー浴                                           | 1 ケ所              |                  |                | ヶ所               |          | その他： |                         |
|            | 食堂                     | 1 ケ所                                                |                   | 面積               | m <sup>2</sup> |                  |          |      |                         |
|            | 入居者や家族が利用<br>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)                                      |                   |                  |                | ヶ所               |          |      |                         |
|            | 廊下                     | 中廊下                                                 | m                 |                  | 片廊下            | m                |          |      |                         |
|            | 汚物処理室                  | 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                                                 | 1 階事務所            |                  |                | 通報先から居室までの到着予定時間 |          |      |                         |
|            | 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                                                  | 消防計画              |                  | あり             | 避難訓練の年間回         |          | 2 回  |                         |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                   |      |                                              |
|-------------------|------|----------------------------------------------|
| 運営に関する方針          |      | 介護が必要な方の在宅生活の維持に努め入居者が安心して生活できる施設サービスを提供します。 |
| サービスの提供内容に関する特色   |      | 個別のニーズに対応できる施設サービスを提供します。                    |
| 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   | 有限会社ミストラル                                    |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与   | なし   |                                              |
| 健康管理の支援（供与）       | 自ら実施 |                                              |
| 状況把握・生活相談サービス     | 自ら実施 | ・状況把握サービスの内容：毎日1回以上（9、12、17時）                |
| 提供内容              |      | ・居宅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      |      |                                              |
| 健康診断の定期検診         | なし   |                                              |
|                   | 提供方法 |                                              |
| 利用者の個別的な選択によるサービス |      | ※別添2（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              |      |                                              |
| 身体的拘束             |      |                                              |

##### (併設している高齢者居宅生活支援事業者)

|            |                                            |
|------------|--------------------------------------------|
| 事業所名称      | (ふりがな) へるぱーすてーしょんはなりぼんひねのヘルパーステーション花りぼん日根野 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒598-0003<br>大阪府泉佐野市俵屋2 4 0 番地の3           |
| 事務者名       | (ふりがな) らいじんぐさんかぶしきがいしゃライジングサン株式会社          |
| 併設内容       | 訪問介護事業所                                    |
| 事業所名称      | (ふりがな) でいさーびすはなりぼんひねのデイサービス花りぼん日根野         |
| 主たる事務所の所在地 | 〒598-0003<br>大阪府泉佐野市俵屋2 4 0 番地の3           |
| 事務者名       | (ふりがな) らいじんぐさんかぶしきがいしゃライジングサン株式会社          |
| 併設内容       | 通所介護事業所                                    |

##### (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      | りゅうクリニック       |
|          | 住所      | 大阪府岸和田市大町3 7 0 |
|          | 診療科目    | 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      |                |
|          | 住所      |                |
|          | 協力内容    |                |
|          |         | その他の場合：        |

**（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       | 一 入居者が死亡したとき。<br>二 事業者が第 29 条に基づき解除を勧告し、予告期間が満了したとき<br>三 入居者が第 30 条に基づき解約を行ったとき |                                                                                                                                                                |                    |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                                                                            | 一 入居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とき<br>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき<br>三 第19条の規定に違反したとき<br>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方 |                    |
|                | 解約予告期間                                                                          | 3 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                                                                                                                                                             | 1 泊 2 日 5,500円（税別） |
| 入居定員           | 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         |
| 生活相談員   | 1        | 1  |     | 管理者           |
| 直接処遇職員  |          |    |     |               |
| 介護職員    |          |    |     |               |
| 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   | 6        |    | 6   |               |

### (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        | 1  | 1  | 0   |    |
| 介護職員初任者研修修了者 | 6  | 0  | 6   |    |
|              |    |    |     |    |
|              |    |    |     |    |
|              |    |    |     |    |

### (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（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          | 0人   | 0人                 |
| 介護職員          | 1人   | 1人                 |
| 生活相談員         | 0人   | 0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・介護支援専門員 |     |         |     |
|                              |                  | 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                |                  |          |     |      |     |        |     |               |     |         |     |
| 前年度 1 年間の退職者数                |                  |          |     |      |     |        |     |               |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した人数 | 1 年未満            |          |     |      |     |        |     |               |     |         |     |
|                              | 1 年以上<br>3 年未満   |          |     |      |     |        |     |               |     |         |     |
|                              | 3 年以上<br>5 年未満   |          |     |      |     |        |     |               |     |         |     |
|                              | 5 年以上<br>1 0 年未満 |          |     |      |     |        |     |               |     |         |     |
|                              | 1 0 年以上          |          |     |      |     |        |     |               |     |         |     |
| 備考                           |                  |          |     |      |     |        |     |               |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況                |                  |          |     | なし   |     |        |     |               |     |         |     |

## 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：                     | 入院中も家賃、共益費、生活支援サービス費は必要 |
| 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            | 要支援 1    | 要介護 5    |
|                  | 年齢              | 6 5 歳    | 9 0 歳    |
| 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             | 18.75㎡   | 18.75㎡   |
|                  | 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              | 100,000円 | 100,000円 |
|                  |                 |          |          |
| 月額費用の合計          |                 | 123,000円 | 123,000円 |
| 家賃<br>(サービス費用外※) | 食費              | 38,000円  | 38,000円  |
|                  | 共益費             | 45,000円  | 45,000円  |
|                  | 状況把握及び生活相談サービス費 | 20,000円  | 20,000円  |
|                  |                 | 20,000円  | 20,000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                   | 38,000円                                             |
| 敷金                   | 家賃の約 3 ヶ月分                                          |
|                      | 解約時の対応 原状回復費に充てる                                    |
| 前払金                  |                                                     |
| 食費                   | 朝食 400円 昼食 550円 夕食 550円※税別<br>(食事のキャンセルは 3 日前までとする) |
| 共益費                  | 20,000円 居室、共用部分の水光熱費含む                              |
| 状況把握及び生活支援サービス費      | 20,000円※税別 (事務費、人件費)                                |
| 光熱水費                 | 共益費に含む                                              |
| 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 |  |
|-------------|--|



## 7 入居者の状況

### (入居者の人数)

|                     |                 |       |
|---------------------|-----------------|-------|
| 年齢別                 | 6 5 歳未満         | 0 人   |
|                     | 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | 8 人   |
|                     | 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 8 人   |
|                     | 8 5 歳以上         | 2 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           | 6 人   |
|                     | 要介護 2           | 7 人   |
|                     | 要介護 3           | 5 人   |
|                     | 要介護 4           | 6 人   |
|                     | 要介護 5           | 4 人   |
| 入居期間別               | 6 か月未満          | 18 人  |
|                     | 6 か月以上 1 年未満    | 0 人   |
|                     | 1 年以上 5 年未満     | 0 人   |
|                     | 5 年以上 1 0 年未満   | 0 人   |
|                     | 1 0 年以上         | 0 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                |                 | 18 人  |

### (入居者の属性)

|      |       |      |      |        |      |       |     |
|------|-------|------|------|--------|------|-------|-----|
| 性別   | 男性    | 9 人  |      | 女性     | 9 人  |       |     |
| 男女比率 | 男性    | 50 % |      | 女性     | 50 % |       |     |
| 入居率  | 100 % |      | 平均年齢 | 78.5 歳 |      | 平均介護度 | 2.8 |

### (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     | 2 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 | 人        |
|         |          | (解約事由の例) |

## 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）                  |       | サービス付き高齢者向け住宅 花りぼん日根野東館         |            |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-458-8886 / 072-458-8887     |            |
| 対応している時間                    | 平日    | 9：00～18：00                      |            |
|                             | 土曜    |                                 |            |
|                             | 日曜・祝日 |                                 |            |
| 定休日                         |       | 12月30日～1月3日                     |            |
| 窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）           |       | 泉佐野市 健康福祉部 広域福祉課                |            |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-493-2023 / 072-462-7780     |            |
| 対応している時間                    |       | 平日                              | 9:00～17：30 |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3日            |            |
| 窓口の名称<br>（サービス付き高齢者向け住宅所管庁） |       | 大阪府 住宅街づくり部 都市居住課<br>安心居住推進グループ |            |
| 電話番号 / F A X                |       | 06-6210-9711 /                  |            |
| 対応している時間                    |       | 平日                              | 9：00～17：30 |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3日            |            |
| 窓口の名称<br>（サービス付き高齢者向け住宅所管庁） |       | 大阪府 福祉部 高齢介護室介護事業者課<br>施設指導グループ |            |
| 電話番号 / F A X                |       | 06-6944-2675 /                  |            |
| 対応している時間                    |       | 平日                              | 9：00～17：30 |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3日            |            |
| 窓口の名称（虐待の場合）                |       | 泉佐野市 健康福祉部 高齢介護課                |            |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-463-1212 /                  |            |
| 対応している時間                    |       | 平日                              | 9:00～17：30 |
| 定休日                         |       | 土曜・日曜・祝日・12月30日～1月3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  | 東京海上日動火災保険 |
|                   | 加入内容 | 事業活動包括保険   |
|                   | 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     | 入居希望者に公開 |
| 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                                | あり       | ありの場合         |                |
|                                      |          | 開催頻度          | 年 1 回          |
|                                      |          | 構成員           | 施設職員・入居者・入居者家族 |
|                                      |          | 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                              |          |               |                |
| 緊急時等における対応方法                         |          |               |                |
| 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     |                |
| 大阪府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                      |          |               |                |
| 「7. 既存建築物等の活用<br>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                   |          |               |                |
| 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（別の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

平成

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 | ヘルパーステーション花りぼん日根野 | 泉佐野市俵屋240番地の3 |
| 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                 | あり | デイサービス花りぼん        | 岸和田市宮前町10-14  |
| 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               | あり | ケアプランセンター花りぼん     | 岸和田市宮前町10-14  |
| <居宅介護予防サービス>         |    |                   |               |
| 介護予防訪問介護             | あり | ヘルパーステーション花りぼん日根野 | 泉佐野市俵屋240番地の3 |
| 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             | あり | デイサービス花りぼん        | 岸和田市宮前町10-14  |
| 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)

## 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             | なし              |               |                                                               |
|          | 排せつ介助・おむつ交換      | なし              |               |                                                               |
|          | おむつ代             | あり              | 各種 1袋単位で販売※税別 | ※パット小500円 パット大800円 リハパンS・M1,300円<br>リハパンL・LL1,400円 紙オムツ1,500円 |
|          | 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              |               |                                                               |
| 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              | 100円/1回       |                                                               |
|          | 入居者の嗜好に応じた特別な食事  | なし              |               |                                                               |
|          | おやつ              | なし              |               | 施設の夕食費用に含む                                                    |
|          | 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          | あり              | 5,000円/1ヵ月    |                                                               |
| 健康管理サービス | 定期健康診断           | なし              |               |                                                               |
|          | 健康相談             | あり              | 無料            |                                                               |
|          | 生活指導・栄養指導        | なし              |               |                                                               |
|          | 服薬支援             | あり              | 1,000円/1日     |                                                               |
|          | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | あり              | 無料            |                                                               |
| 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              |               |                                                               |
|          | 入院中に見舞い訪問        | なし              |               |                                                               |

※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、月額サービスの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。

※3 上記費用に別途消費税が必要となります。