

重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 記入年月日 | 2023年4月1日 |
| 記入者名 | 濱口健 |
| 所属・職名 | 株式会社ビーンズ・課長 |

1 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃびんず 株式会社ビーンズ | |
| 法人番号 | 2122001025607 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 581-0006 大阪府八尾市清水町一丁目4番16号 | |
| 連絡先 | 電話番号／FAX番号 | 072-976-4676 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 上阪恵津子 | |
| 設立年月日 | 平成 24年5月1日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1（別の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) こまめあん こまめ庵 | |
| 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 | |
| 有料老人ホームの種類 | 住宅型 | |
| 所在地 | 〒 581-0081 大阪府八尾市南本町六丁目7番16号 | |
| 主な利用交通手段 | JR大和路線 八尾駅より徒歩15分 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-923-6000 |
| | FAX番号 | 072-923-6088 |
| | メールアドレス | komame@abelia.ocn.ne.jp |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者（職名／氏名） | 施設長 / 上阪恵津子 | |
| 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 30年6月1日 / | 平成 29年9月29日・29年11月9日 大阪府 (29) 0013 |

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 | なし | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | ～ | | | | | | | | |
| | 面積 | 396.3 m ² | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 所有権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | なし | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | ～ | | | | | | | | |
| | 延床面積 | 415.5 m ² (うち有料老人ホーム部分 | | | | 232.2 m ²) | | | | |
| | 竣工日 | 平成 | 29年5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 | 木造 | | 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 | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 6戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | | 6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 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.297 | 3 | タイプ1 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.376 | 2 | タイプ2 | |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 18.534 | 1 | タイプ3 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 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 | 1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 | 19.3 m ² | | | | | |
| | 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 | 17.745 m | | 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 | 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 | | | 1分 | |
| その他 | ナースコールは専用PHSに対応 | | | | | | | | | |
| 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 | | ご契約者が自らの意思に基づいて、生き生きとした生活を送っていただけるようお手伝いいたします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 1. 安心できる生活環境を提供します。 2. 自由度の高い生活環境を提供します。 |
| 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 | なし | |
| 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 | | ・定期巡回を毎日4回、必要に応じて体動感知センサー等による訪問をします。 ・居住部分への訪問を希望する旨の申し出があった場合は、当該居住部分への訪問をします。 |
| サ高住の場合、常駐する者 | | 介護福祉士・介護職員初任者研修修了者・その他 |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 社会法人医真会 安中診療所 |
| | 提供方法 | 随時・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虐待防止に関する責任者を選定（管理者） ②成年後見制度の利用を支援 ③苦情解決体制を整備 ④従業員に対する虐待防止を啓発・周知するための研修を実施 ⑤虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報します |
| 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・日代替性・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、行う理由を記録する。また家族等への説明を行い、同意書を頂きます。（継続して行う場合、概ね1ヶ月ごとに行います） ②経過観察及び記録を行います。 ③1ヶ月に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します。 ④1ヶ月に1回以上、身体拘束委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組みます。 |

(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) たのしどころいろは たのし処いろは |
| 主たる事務所の所在地 | 〒581-0081 大阪府八尾市南本町六丁目7番16号 |
| 事務者名 | (ふりがな) くの なおみ 蔵埜 直美 |
| 併設内容 | 通所事業 第1号通所事業 |

(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) ほうもんかいごすてーしょんこまめ 訪問介護ステーションこまめ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒581-0081 大阪府八尾市南本町六丁目7番6号 |
| 事務者名 | (ふりがな) なかむら かずみ 中村 一美 |
| 連携内容 | 訪問介護 第1号訪問介護事業 |

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

| | | |
|----------|---------|------------------|
| 医療支援 | その他 | |
| | その他の場合： | 往診 |
| 協力医療機関 | 名称 | 社会医療法人医真会 安中診療所 |
| | 住所 | 大阪府八尾市安中町9丁目3-12 |
| | 診療科目 | 内科・整形外科・脳神経外科 |
| | 協力科目 | 内科・整形外科・脳神経外科 |
| | 協力内容 | 訪問診療 |
| | その他の場合： | |
| | 名称 | |
| | 住所 | |
| | 診療科目 | |
| | 協力科目 | |
| 協力内容 | | |
| 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 | 自立、要支援、要介護 | | |
| 留意事項 | 当施設は住宅であり、体制・性質等に月十分理解いただく事を前提としています。 | | |
| 契約の解除の内容 | 契約者、又は事業者から解約した場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <ul style="list-style-type: none">・賃料等の費用負担義務を履行しない時・遵守事項違反により今後の契約継続が困難な時・年齢詐称等による不正入居が判明した時・申し出なく1ヶ月以上所在不明となった時・禁固以上の刑に処せられる犯罪行為を行った時・破壊、暴力行為を行う組織等への加入等が判明した時・粗暴行為等により他者に迷惑、不快感、不安感を与えた時・当住宅において、契約継続しがたい背信行為を行った時 | |
| | | 解約予告期間 | (内容により) 即時～1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居 | なし | 内容 | |
| 入居定員 | 6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 | | | | |
| 直接処遇職員 | 3 | | 3 | |
| 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 | | | | |
| その他職員 | 2 | | 2 | 40時間 |

(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 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 2 | | 2 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(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 (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 | 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 | 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 | | | | | | | | | | |
| 応業務に従事した職員の人数 経験年数に | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | | | | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | | | 2 | | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| 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 ※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 | なし | |
| | 内容： | |
| 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・要介護 | 要支援・要介護 |
| | 年齢 | 60歳以上 | 60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 | 18.297 m ² | 18.375 m ² |
| | 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 | 76,000円 | 82,000円 |
| | | | |
| 月額費用の合計 | | 78,000円 | 81,000円 |
| 家賃 | | 38,000円 | 41,000円 |
| ※ 保 サ ー ビ ス 費 用 （ 介 護 | 食費 | | |
| | 共益費 | 20,000円 | 20,000円 |
| | 状況把握及び生活相談サービス費 | 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 | 土地・建物購入金額等（面積按分） | |
| 敷金 | 家賃の | 2ヶ月分 |
| | 解約時の対応 | 未払い分又は、住戸修繕費への充当 |
| 前払金 | なし | |
| 食費 | なし | |
| 共益費 | 住戸及び共有部分における水光熱費等 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | 状況把握、生活相談サービスを提供する人員の人件費等 | |
| | | |
| | | |
| 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 | なし | |

(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 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 3人 |
| | 85歳以上 | 2人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 人 |
| | 要支援2 | 人 |
| | 要介護1 | 1人 |
| | 要介護2 | 2人 |
| | 要介護3 | 人 |
| | 要介護4 | 人 |
| | 要介護5 | 3人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 人 |
| | 6か月以上1年未満 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 6人 |
| | 5年以上10年未満 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 人 |
| | 15年以上 | 人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 1人 / 0人 |
| 入居者数 | | 6人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|------|------|-----|-------|-----|
| 性別 | 男性 | 2人 | 女性 | 4人 | |
| 男女比率 | 男性 | 33% | 女性 | 67% | |
| 入居率 | 100% | 平均年齢 | 83歳 | 平均介護度 | 3.3 |

(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 | 人 |
| | 死亡者 | 人 |
| | その他 | 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) | | 株式会社ビーンズ | |
| 電話番号 / F A X | | 072-983-5540 / 072-983-5541 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9時～18時 | |
| | 土曜 | なし | |
| | 日曜・祝日 | なし | |
| 定休日 | | 祝日、12月30日～1月3日 | |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁) | | 八尾市地域福祉部福祉指導監査課 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-924-3012 / 072-924-3786 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8時45分～16時45分 | |
| 定休日 | | 土日祝日・年末年始 | |
| 窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁) | | 八尾市建築部住宅政策課 | |
| 電話番号 / F A X | | 072-924-3783 / 072-924-2301 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8時45分～16時45分 | |
| 定休日 | | 土日祝・年末年始 | |
| 窓口の名称 (虐待の場合) | | 八尾市地域福祉部地域支援室 (地域包括支援センター) | |
| 電話番号 / F A X | | 072-924-3973 / 072-924-3981 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8時45分～16時45分 | |
| 定休日 | | 土日祝・年末年始 | |

(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 | 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 | |
| | 加入内容 | 居宅サービス・居宅介護支援事業等 | |
| | その他 | 介護予防サービス・施設サービス | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 当事業所が入居者に対して行ったサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、上記保険業者と協議の上、損害賠償を速やかに行います。 | | |
| 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 | 「ご意見箱」の設置 | |
| | | 実施日 | 平成 30年6月より | |
| | | 結果の開示 | 開示の方法 記名者には個別対応 | |
| 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 |
| 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 | 地域との定期的な交流及び入居者家族との個別連絡体制を確保し、当該措置により運営懇談会を代替する事を入居者へ説明 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・入居者及び家族等への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及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いの為にガイドライン」並びに、八尾市個人情報保護条例に関する定めを遵守する。 ・事業者及び職員は、サービス提供をするうえ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、契約完了後においても、上記の秘密を保持します。 ・事業者は、職員の退職後も上記の秘密保持を雇用契約します。 ・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の同意を得ます。 | | |
| 緊急時等における対応方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応します。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく） ・病気、発熱（37.5度以上）、事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先及びどのレベルで連絡するのかわ確認します。 ・連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認します。 ・関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告します。 ・賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに対応します。 | | |
| 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 | |
| 八尾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 | なし | | |
| 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 | 適合している | |
| 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 | あり | | |
| 合致しない事項の内容 | 運営懇談会の未設置 | | |
| 代替措置等の内容 | 地域との定期的な交流及び入居者家族との個別連絡体制を確保し、当該措置により運営懇談会を代替する事を入居者へ説明 | | |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明 | 入居契約時に説明 | | |

添付書類：別添1（事業主体が八尾市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）

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

年

月

日

説明者署名

(別添1)事業主体が八尾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 | 訪問介護ステーションこまめ | 八尾市南本町六丁目7番6号 |
| 訪問入浴介護 | | | |
| 訪問看護 | | | |
| 訪問リハビリテーション | | | |
| 居宅療養管理指導 | | | |
| 通所介護 | | | |
| 通所リハビリテーション | | | |
| 短期入所生活介護 | | | |
| 短期入所療養介護 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | | | |
| 福祉用具貸与 | | | |
| 特定福祉用具販売 | | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | |
| 地域密着型通所介護 | | | |
| 認知症対応型通所介護 | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | |
| 居宅介護支援 | あり | こまめケアプランセンター | 八尾市南本町六丁目7番6号 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | | | |
| 介護予防訪問看護 | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | |
| ＜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 | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | |
| 介護予防支援 | | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | |
| 介護老人福祉施設 | | | |
| 介護老人保健施設 | | | |
| 介護療養型医療施設 | | | |
| 介護医療院 | | | |

(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 | | 備 考 |
|----------|------------------|-----------------|---------|-----|
| | | | 料金※(税抜) | |
| 介護サービス | 食事介助 | | | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | | | |
| | おむつ代 | | | |
| | 入浴(一般浴) 介助・清拭 | | | |
| | 特浴介助 | | | |
| | 身辺介助(移動・着替え等) | | | |
| | 機能訓練 | | | |
| | 通院介助 | | | |
| 生活サービス | 居室清掃 | | | |
| | リネン交換 | | | |
| | 日常の洗濯 | | | |
| | 居室配膳・下膳 | | | |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | |
| | おやつ | | | |
| | 理美容師による理美容サービス | | | |
| | 買い物代行 | | | |
| | 役所手続代行 | | | |
| | 金銭・貯金管理 | | | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | | | |
| | 健康相談 | あり | 包含 | |
| | 生活指導・栄養指導 | | | |
| | 服薬支援 | あり | 包含 | |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | | | |
| 入退院のサービス | 移送サービス | | | |
| | 入退院時の同行 | | | |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | | | |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | 包含 | |

※「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。