

重要事項説明書

|       |              |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 令和5年10月1日    |
| 記入者名  | 菊池 祐一        |
| 所属・職名 | すみれパレス八尾 施設長 |

I

1 事業主体概要

|            |                                     |                             |
|------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 名称         | (ふりがな)カブシキカイシャ エスポワール<br>株式会社エスポワール |                             |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 581-0869<br>八尾市桜ヶ丘1 丁目3 番地        |                             |
| 連絡先        | 電話番号／FAX番号                          | 072-943-0617/072-943-0677   |
|            | メールアドレス                             | sumire.palace.yao@gmail.com |
|            | ホームページアドレス                          | なし                          |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 田上 大起                       |                             |
| 設立年月日      | 平成 30年1月22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)すみればれすやお<br>すみれパレス八尾                   |                           |
| 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                          | 〒 581-0869<br>八尾市桜ヶ丘1 丁目3 番地                 |                           |
| 主な利用交通手段                     | 近鉄大阪線 近鉄八尾駅より徒歩5 分                           |                           |
| 連絡先                          | 電話番号／FAX番号                                   | 072-943-0617/072-943-0677 |
|                              | ホームページアドレス                                   | なし                        |
| 管理者（職名／氏名）                   | 施設長 / 菊池 祐一                                  |                           |
| 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5月1日                                    | 令和 4年5月1日                 |

### 3 建物概要

|                      |                        |                                     |                         |             |                 |                      |                          |               |                        |
|----------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|----------------------|--------------------------|---------------|------------------------|
| 土地                   | 権利形態                   | 賃借権                                 | 賃貸                      | あり          | 契約の自動更新         | なし                   |                          |               |                        |
|                      | 賃貸借契約の期間               | 令和                                  | 4年5月1日 ～ 令和             |             |                 |                      | 34年4月30日                 |               |                        |
|                      | 面積                     | 546.0 m <sup>2</sup>                |                         |             |                 |                      |                          |               |                        |
| 建物                   | 権利形態                   | 賃借権                                 | 賃貸                      | あり          | 契約の自動更新         | なし                   |                          |               |                        |
|                      | 賃貸借契約の期間               | 令和                                  | 4年5月1日 ～ 令和             |             |                 |                      | 34年4月30日                 |               |                        |
|                      | 延床面積                   | 1,157.4 m <sup>2</sup> （うち有料老人ホーム部分 |                         |             |                 |                      | 1,157.4 m <sup>2</sup> ） |               |                        |
|                      | 竣工日                    | 平成                                  | 26年12月1日                |             |                 | 用途区分                 | 共同住宅                     |               |                        |
|                      | 耐火構造                   | 耐火建築物                               |                         | その他の場合：     |                 |                      |                          |               |                        |
|                      | 構造                     | 鉄骨造                                 |                         | その他の場合：     |                 |                      |                          |               |                        |
|                      | 階数                     | 4 階                                 |                         | （地上 4 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                    | 27 戸                                |                         | 届出又は登録をした室数 |                 |                      |                          | 27 室          |                        |
|                      | 部屋タイプ                  | トイレ                                 | 洗面                      | 浴室          | 台所              | 収納                   | 面積<br>（※）                | 室数            | 備考（部屋タイプ、<br>相部屋の定員数等） |
|                      | 一般居室個室                 | ○                                   | ○                       | ×           | ×               | ○                    | 18m <sup>2</sup>         | 27            | 一人部屋                   |
|                      |                        |                                     |                         |             |                 |                      |                          |               |                        |
|                      |                        |                                     |                         |             |                 |                      |                          |               |                        |
|                      |                        |                                     |                         |             |                 |                      |                          |               |                        |
|                      |                        |                                     |                         |             |                 |                      |                          |               |                        |
|                      |                        |                                     |                         |             |                 |                      |                          |               |                        |
|                      | （※）面積表示について            |                                     | トイレ・収納設備等を含む内法面積で表示している |             |                 |                      |                          |               |                        |
|                      | 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                                  | 3 ヶ所                    |             |                 | ヶ所                   |                          |               |                        |
| 共用浴室における<br>介護浴槽     |                        | 機械浴                                 | 1 ヶ所                    |             |                 | ヶ所                   |                          | その他：機械浴設置有    |                        |
| 食堂兼訓練室               |                        | 4 ヶ所                                |                         |             | 面積              | 163.5 m <sup>2</sup> |                          |               |                        |
| 入居者や家族が利用<br>できる調理設備 |                        | なし                                  |                         |             |                 |                      |                          |               |                        |
| エレベーター               |                        | あり（車椅子対応）                           |                         |             |                 | 1 ヶ所                 |                          |               |                        |
| 廊下幅                  |                        | 最大                                  | 1.98 m                  |             | 最小              | 1.98 m               |                          | （両手すり設置後の内法幅） |                        |
| 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                                 | 事務室                     |             |                 | 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              | 避難訓練の年間回数            |                          | 2 回           |                        |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針          |      | ①介護を受ける側の高齢者の安定した生活を支える事<br>②介護を支える世代の介護負担の軽減と生活を支える事                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| サービスの提供内容に関する特色   |      | 医療機関との連携により、重度になられても対応できる施設・重度者の受け入れを積極的に行う施設を目指す                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 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   | ミストラルHD株式会社                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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 | 株式会社エスポワール                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 提供内容              |      | ・状況把握サービスの内容；毎日1回以上、居宅訪問による安否確認・状況把握（声掛け）を行う。<br>・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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| サ高住の場合、常駐する者      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 健康診断の定期検診         | 自ら実施 | 株式会社エスポワール                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                   | 提供方法 | 年2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虐待防止に関する責任者は、施設長です。<br>②従業員に対し、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、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、期間（最長で1ヵ月）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、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね1ヵ月毎行う。）<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ヵ月に1回以上、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について、介護職員その他の従業員に周知し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。<br>⑤身体拘束等の適正化のための指針を整備する。<br>⑥介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を年2回以上実施する。 |

（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      | らいふホームクリニック          |
|          | 住所      | 東大阪市新池島町2-20-10-203号 |
|          | 診療科目    | 内科・精神科               |
|          | 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 | 協力内容    |                      |
|          |         | その他の場合：              |
|          | 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       | 要介護                                   |    |                                                        |
| 留意事項           | 入居時満60歳以上。<br>介護認定を受けていれば、60歳未満でも相談可。 |    |                                                        |
| 契約の解除の内容       | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、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                                  |    | 入居者の行動が、他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすなどの恐れがあり、通常の介護・接遇では防止できない場合等 |
|                | 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 | 空室がある場合<br>1泊食事付15,000円（税込）                            |
| 入居定員           | 27 人                                  |    |                                                        |
| その他            | 身元引受人が設定できない場合は、家賃債務保証会社への加入          |    |                                                        |

## 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<br>人数 |
|---------|----------|----|-----|-------------------|
|         | 合計       |    |     |                   |
|         |          | 常勤 | 非常勤 |                   |
| 管理者     | 1        | 1  | 0   |                   |
| 生活相談員   | 12       | 8  | 4   | 訪問介護 職員           |
| 直接処遇職員  | 0        | 0  | 0   |                   |
| 介護職員    | 0        | 0  | 0   |                   |
| 看護職員    | 0        | 0  | 0   |                   |
| 機能訓練指導員 | 0        | 0  | 0   |                   |
| 計画作成担当者 | 0        | 0  | 0   |                   |
| 栄養士     | 0        | 0  | 0   |                   |
| 調理員     | 0        | 0  | 0   |                   |
| 事務員     | 1        | 1  | 0   |                   |
| その他職員   | 0        | 0  | 0   |                   |

### (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         | 8  | 7  | 1   |    |
| 介護職員初任者研修修了者  | 0  | 0  | 0   |    |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 3  | 1  | 2   |    |
| 准看護師          | 1  | 0  | 1   |    |
|               |    |    |     |    |

(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   | 0  | 0  | 0   |
| 理学療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 作業療法士       | 0  | 0  | 0   |
| 言語聴覚士       | 0  | 0  | 0   |
| 柔道整復士       | 0  | 0  | 0   |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0  | 0   |

(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          | 0 人  | 0 人                |
| 生活相談員         | 1 人  | 1 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 |     | 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   | 9    | 2      | 0     | 0     | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数          |           | 0        | 0   | 9    | 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年未満      | 0        | 0   | 0    | 1      | 0     | 0     | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                      | 1年以上3年未満  | 0        | 0   | 1    | 2      | 0     | 0     | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                      | 3年以上5年未満  | 0        | 0   | 1    | 0      | 0     | 0     | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                      | 5年以上10年未満 | 0        | 0   | 3    | 0      | 0     | 0     | 0       | 0   | 0       | 0   |
|                      | 10年以上     | 0        | 0   | 3    | 1      | 0     | 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<br>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<br>料金（月払い）の取扱い |     | あり                            |                    |
|                                |     | 内容：                           | 日割り計算（生活支援サービス費のみ） |
| 利用料金の改定                        | 条件  | 物価変動、人件費上昇により、2年に1回改訂する場合がある。 |                    |
|                                | 手続き | 運営懇談会の意見を聴く。                  |                    |

### (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            | 要介護3      | 要介護5      |
|                                                                                                                                       | 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㎡       | 18㎡       |
|                                                                                                                                       | 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                                                                                                                               |                 | 123,500円  | 123,500円  |
| ※<br>介護<br>保険<br>外<br>費<br>用<br>（<br>介<br>護<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>費<br>用<br>）                                                        | 家賃              | 50,000円   | 50,000円   |
|                                                                                                                                       | 共益費             | 10,000円   | 10,000円   |
|                                                                                                                                       | 食費              | 43,200円   | 43,200円   |
|                                                                                                                                       | 状況把握及び生活相談サービス費 | 16,800円   | 16,800円   |
|                                                                                                                                       | 電気代             | 3,500円    | 3,500円    |
|                                                                                                                                       | 医療費・日用品等        | 実費        | 実費        |
|                                                                                                                                       | 介護保険外費用         | （別添2）のとおり | （別添2）のとおり |
| 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。）<br>※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                   | 建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出                   |                     |
| 敷金                   | 家賃の                                                    | 約2 ヶ月分              |
|                      | 解約時の対応                                                 | 居室の現状回復費・未払い家賃の充当金等 |
| 前払金                  | なし                                                     |                     |
| 食費                   | 厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用                                 |                     |
| 共益費                  | 共用施設の維持管理・修繕費                                          |                     |
| 状況把握及び生活相談サービス費      | 状況把握サービス（安否確認、緊急通報への対応）・生活相談サービス（一般的な相談・助言、専門家や専門機関の紹介 |                     |
| 電気代                  | 3,500円                                                 |                     |
| 医療費・日用品等             | 利用者の個別的な選択によるサービス利用料                                   |                     |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | (別添2) のとおり                                             |                     |
| その他のサービス利用料          | 退去時：ハウスクリーニング 33,000円税込・残置物処分費用22,000円税込               |                     |

**(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                 | 6 5 歳未満         | 0 人       |
|                     | 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | 3 人       |
|                     | 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 8 人       |
|                     | 8 5 歳以上         | 14 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           | 0 人       |
|                     | 要介護 3           | 4 人       |
|                     | 要介護 4           | 12 人      |
|                     | 要介護 5           | 9 人       |
| 入居期間別               | 6 か月未満          | 5 人       |
|                     | 6 か月以上 1 年未満    | 13 人      |
|                     | 1 年以上 5 年未満     | 7 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 |                 | 1 人 / 1 人 |
| 入居者数                |                 | 25 人      |

### (入居者の属性)

|      |      |      |      |        |      |       |      |
|------|------|------|------|--------|------|-------|------|
| 性別   | 男性   | 11 人 |      | 女性     | 14 人 |       |      |
| 男女比率 | 男性   | 44 % |      | 女性     | 56 % |       |      |
| 入居率  | 92 % |      | 平均年齢 | 82.2 歳 |      | 平均介護度 | 4.08 |

### (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   | 2 人                       |
|         | 医療機関     | 4 人                       |
|         | 死亡者      | 12 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 | 7 人                       |
|         |          | (解約事由の例)<br>他施設、長期入院、自宅復帰 |

## 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）                  |       | 株式会社エスポワール 苦情相談窓口 |                |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-943-0617      | / 072-943-0677 |
| 対応している時間                    | 平日    | 9 : 00～18 : 00    |                |
|                             | 土曜    |                   |                |
|                             | 日曜・祝日 |                   |                |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日             |                |
| 窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）           |       | 八尾市健康福祉部福祉指導監査課   |                |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-924-3012      | / 072-922-3786 |
| 対応している時間                    | 平日    | 8 : 45～17 : 15    |                |
| 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） |       | 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 : 45～17 : 15    |                |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日             |                |
| 窓口の名称（虐待の場合）                |       | 八尾市健康福祉部 地域支援室    |                |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-924-3973      | / 072-924-3981 |
| 対応している時間                    | 平日    | 8 : 45～17 : 15    |                |
| 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  | あいおいニッセイ同和損保             |
|                   | 加入内容 | 老人福祉・介護事業 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基づき、速やかに対応します。 |
| 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    | 令和    | 4年5月16日 |
|                                  |    | 結果の開示  | あり    |         |
|                                  |    |        | 開示の方法 | 館内掲示    |
| 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 | 入居希望者に交付 |
| 管理規程     | 入居希望者に公開 |
| 事業収支計画書  | 入居希望者に公開 |
| 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、家族、施設長、職員、民生委員 |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」並びに、八尾市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>・事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえ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> <p>・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等の同意を得る。</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、入居者の家族等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等に基づく）</p> <p>・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のかを確認する。</p>                                                                                                                                                                                                                        |               |                    |
| 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                    |
| 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（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）

(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 | すみれケア八尾 | 八尾市桜ヶ丘1-3 |
|                      |    |         |           |
|                      |    |         |           |
|                      |    |         |           |
| 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               |    |         |           |
| <居宅介護予防サービス>         |    |         |           |
| 介護予防訪問介護             |    |         |           |
| 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         |    |         |           |
| 介護予防通所介護             |    |         |           |
|                      |    |         |           |
|                      |    |         |           |
| 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                |    |         |           |
| <指定第1号事業>            |    |         |           |
| 訪問型介護予防サービス          |    |         |           |
|                      |    |         |           |
|                      |    |         |           |
|                      |    |         |           |
| 訪問型生活援助サービス          |    |         |           |
| 通所型介護予防サービス          |    |         |           |
|                      |    |         |           |
|                      |    |         |           |
| 通所型短時間サービス           |    |         |           |

(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

|          |                  | 個別の利用料で実施するサービス |                      | 備 考                            |
|----------|------------------|-----------------|----------------------|--------------------------------|
|          |                  |                 | 料金※（税込）              |                                |
| 介護サービス   | 食事介助             | なし              |                      |                                |
|          | 排せつ介助・おむつ交換      | 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             | あり              | ¥1,100円（税込）/15分      | ※1ヶ月毎に計算<br>※タクシー等の場合、交通費は実費負担 |
| 生活サービス   | 衛生用品販売（おむつ・パッド等） | あり              | 別途料金表参照              | ※1ヶ月毎に計算                       |
|          | 居室配膳・下膳          | あり              | ¥110円（税込）/1食         | ※1ヶ月毎に計算                       |
|          | おやつのご提供          | あり              | ¥108円（税込）/1食         | ※1ヶ月毎に計算                       |
|          | 外出サービス           | あり              | ¥1,100円（税込）/15分      | ※1ヶ月毎に計算<br>※対応職員の確保の為、日時等は要相談 |
|          | 居室清掃             | なし              |                      |                                |
|          | リネン交換            | なし              |                      |                                |
|          | 日常の洗濯            | なし              |                      |                                |
|          | 入居者の嗜好に応じた特別な食事  | なし              |                      |                                |
|          | 理美容師による理美容サービス   | 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              | 別途契約必要<br>（連携先 医療機関） |                                |
|          | 生活指導・栄養指導        | なし              |                      |                                |
|          | 服薬支援             | 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              | ¥1,100円（税込）/15分      | ※1ヶ月毎に計算<br>※タクシー等の場合、交通費は実費負担 |
|          | 入退院時の同行          | あり              | ¥1,100円（税込）/15分      | ※1ヶ月毎に計算<br>※タクシー等の場合、交通費は実費負担 |
|          | 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              |                      |                                |
| その他      | 個々に応じて           | 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。

作成日 令和5年10月1日

重要事項説明書別添3  
(入居契約についての確認事項)

サービス付き高齢者向け住宅 すみれパレス八尾  
号室 様

▼下記の内容をご確認頂きチェック欄にご記入をお願い致します。

| チェック                  | ご確認項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ◎敷金について               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 入居契約時まで、お振込みにてお支払い下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                       | 敷金は退去時に未払い料金がある場合の充当金と致します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                       | 敷金は居室の原状回復費と相殺して最終のご請求金額ご入金確認後（口座引落し後）にご返還致します。<br>（ルームクリーニング費用33,000円・残置物がある場合は別途料金（基本22,000円～）頂きます。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ◎入居中にかかる費用について        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 入居契約時まで、火災保険にご加入いただきます。（火災保険料15000円/2年間※2年後は更新が必要です。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                       | 利用料(家賃・共益費・サービス支援費) 1ヵ月に満たない場合、1ヶ月を30日として単価を算出し日割計算致します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       | 家賃：前払いとなります。入居契約時にお振込みにてお支払いください。その後は口座振替となります。<br>例) 10/10入居の場合：10月分日割家賃+11月分家賃・・・契約時にご請求（入居日までにお支払い）<br>12月分家賃・・・11月分利用料請求時にご請求（12/28口座振替）                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                       | 立替費：入居中に代理で購入を依頼したい物がある場合、施設が代金を立替で購入し1ヶ月分を口座振替致します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                       | 日用品販売費(おむつ代金など)ご使用の物品については、1ヶ月間の使用分をまとめて口座振替致します。（別紙価格表参照下さい）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       | 電気代：月額3500円を、口座振替致します。（1ヵ月に満たない場合、1ヶ月を30日として単価を算出し日割計算致します。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ◎入院時・外泊時について          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 家賃は、日割りになりません。1ヶ月分をお支払い頂きます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                       | 共益費は、日割りになりません。1ヶ月分をお支払い頂きます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       | サービス支援費は、滞在日を日割り計算し口座振替にてご請求致します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                       | 食事のキャンセルは7日前までをお願い致します。<br>※手続き完了日までについては、料金を頂きます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ◎食事について               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 毎週献立表を掲示致します。（朝：400円 昼：520円 タ：520円）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | 外出・外泊などで食事をキャンセルされる場合は必ずご連絡下さい。<br>※食事のキャンセルは7日前までをお願い致します。<br>※手続き完了日までについては、料金を頂きます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                       | 食事回数に応じて1ヶ月分の料金を口座振替致します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ◎入居中の居室内補修改善について      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 入居中に居室内で修繕が必要な場合にはご家族様とご相談の上費用負担をお願いする場合があります。<br>例) 給排水設備(トイレ・洗面所等)を詰まらせる、居室設備の破損があった場合など                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ◎退去時（ご解約）について         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 退去予告について<br>◆通常解約◆<br>【家賃・共益費の取り扱い】<br>・居室の明け渡し1ヵ月前までに、ご退去日をご連絡下さい。解約通知書をご提出頂きます。<br>・予告日から退去日までの期間が1ヶ月に満たない場合は、ご連絡頂いた日から1ヶ月後を退去日とさせて頂きます。<br>（※退去日を過ぎてもお荷物がある場合には、実際の明渡し日までを日割計算した額をお支払い頂きます。）<br>【サービス支援費の取り扱い】<br>・在籍日数により日割計算となります。<br>※共益費・サービス支援費については、最終月の利用料として口座振替いたします。<br>家賃は、居室明け渡し月の1ヵ月のご請求となります。<br>◆特例措置◆<br>【入院時・ご逝去などの理由でのご退去について】<br>・1ヵ月後の退去規約を撤廃し、数日後の退去が可能です。<br>・家賃は、居室明け渡し月の1ヵ月のご請求となります。 |
|                       | 【補足事項】※利用料(家賃・共益費・サービス支援費) 1ヵ月に満たない場合、1ヶ月を30日として単価を算出し日割計算致します。<br>※明け渡しとは、お荷物を全て搬出後、ルームチェックが完了した日と致します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ◎退去後の原状回復と敷金の取り扱いについて |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 退去時にはご家族様立会いのもと、ルームチェックを行います。<br>破損・汚損（基本クリーニングの範囲を超えるもの）がある場合には内容と料金を協議の上、敷金より精算させて頂きます。<br>敷金を超える費用がかかる場合には別途ご請求致します。                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                       | ご退去後は当社指定の業者に清掃を行います。ハウスクリーニング費用として33,000円および、残置物がある場合には別途料金（基本22,000円～）が発生いたします。（最終月に口座振替させて頂きます。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ◎その他                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       | 口座振替日は金融機関の営業日により変更になる場合もございます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

令和 年 月 日

以上の内容を確認し了承しました。（ご署名 ）

## 衛生用品・日用品 料金表

重要事項説明書別添4

令和6年3月1日

|                  | 品名              | 個数 | 枚数    | 金額         |
|------------------|-----------------|----|-------|------------|
| 物<br>品<br>一<br>覧 | テープ止め(S)        | 1袋 | 34.0  | 3,870 (税込) |
|                  | テープ止め(M)        | 1袋 | 30.0  | 3,870 (税込) |
|                  | テープ止め(L)        | 1袋 | 26.0  | 3,870 (税込) |
|                  | リハビリパンツ(S)      | 1袋 | 22.0  | 1,940 (税込) |
|                  | リハビリパンツ(M)      | 1袋 | 20.0  | 1,940 (税込) |
|                  | リハビリパンツ(L)      | 1袋 | 18.0  | 1,940 (税込) |
|                  | リハビリパンツ(LL)     | 1袋 | 16.0  | 1,940 (税込) |
|                  | パッド(レギュラー)      | 1袋 | 30.0  | 970 (税込)   |
|                  | パッド(ワイドロング)     | 1袋 | 42.0  | 1,090 (税込) |
|                  | パッド(ビッグ)        | 1袋 | 30.0  | 1,820 (税込) |
|                  | パッド(男女兼用)       | 1袋 | 30.0  | 1,450 (税込) |
|                  | アルスプラ手袋 S・M・L   | 1箱 | 100.0 | 581 (税込)   |
|                  | おしりふき           | 1箱 | 80.0  | 341 (税込)   |
|                  | ボックスティッシュ       | 5箱 | -     | 440 (税込)   |
|                  | トイレットペーパー(250m) | 4R | -     | 495 (税込)   |
|                  | トロミ剤            | 1缶 | -     | 2,018 (税込) |
|                  | その他             |    |       | 個々に応じて     |

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