

重要事項説明書

| | |
|-------|-------------|
| 記入年月日 | 令和 5年 7月 1日 |
| 記入者名 | 山根 三智 |
| 所属・職名 | ホームケアー生駒施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------------|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) ほーむけあーかぶしきがいしゃ ホームケアー株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒〒540-0026 大阪府大阪市中央区内本町1丁目1番10号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6947-3388 |
| | FAX番号 | 06-6947-3389 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http://www.homecare.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 平瀬 守男 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 1984年9月4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) ほーむけあーいこま ホームケアー生駒 | |
| 所在地 | 〒630-0266 奈良県生駒市門前町 8-16 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 近鉄生駒ケーブル線「宝山寺」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 近鉄生駒ケーブル線「宝山寺」駅 下車 徒歩約5分(約400m) 近鉄生駒駅よりタクシーで約5分 (約1.7km) |
| 連絡先 | 電話番号 | 0743-71-6558 |
| | FAX番号 | 0743-71-6588 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http://www.homecare.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 山根 三智 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 昭和51年11月30日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成16年7月6日 | |

(類型)【表示事項】

| | | |
|-------------------------------------|-------------|--|
| 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 特定施設入居者生活介護事業所 奈良県指定 2970900557 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 奈良県指定 2970900557 号 |
| | 指定した自治体名 | 奈良県 |
| | 事業所の指定日 | 平成16年7月6日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 令和4年 7月4日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--|----------------|---|----------------------------|----------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 2341.56 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし | | |
| 契約期間 | | 1 あり (H19年3月22日～H39年3月21日) | | | | |
| | | 2 なし | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2369.72 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2369.72 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ 定期賃借) | | | | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり | 2 なし | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (H19年3月22日～H39年3月21日) | | | |
| | | | 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 (縁故者居室を含む) | | | | |
| | | 2 夫婦部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 1 人部屋 | | | |
| | 最大 | 2 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 14.04 m ² | 6 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 18.36 m ² | 12 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 18.36 m ² | 6 | 介護居室個室 |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 24.78 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 36.72 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | 48.54 m ² | 7 | 介護居室個室 |
| | タイプ7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ8 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ10 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 9ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 6ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 | | |
| リフト浴 | | | 2ヶ所 | | | |
| ストレッチャー浴 | | | ヶ所 | | | |

| | | | | |
|--------|------------------|----|------------------|--------|
| | | | その他 () | ヶ所 |
| | 食堂 | 1 | あり 2 なし | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 | あり (一部居室内) 2 なし | |
| | エレベーター | 1 | あり (車椅子対応) | |
| | | 2 | あり (ストレッチャー対応) | |
| | | 3 | あり (上記1・2に該当しない) | |
| | | 4 | なし | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 | あり 2 なし | |
| | 自動火災報知設備 | 1 | あり 2 なし | |
| | 火災通報設備 | 1 | あり 2 なし | |
| | スプリンクラー | 1 | あり 2 なし | |
| | 防火管理者 | 1 | あり 2 なし | |
| | 防災計画 | 1 | あり 2 なし | |
| 緊急通報装置 | 居室 | 便所 | | 浴室 |
| | 1 あり | 1 | あり | 1 あり |
| | 2 一部あり | 2 | 一部あり | 2 一部あり |
| | 3 なし | 3 | なし | 3 なし |
| その他 | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | | | |
|-----------------|--|------|-----------|
| 運営に関する方針 | 当社の理念は「個の尊厳」と「黒子のケア」です。生活支援としては「自分らしく」をサポートします。本人の足りない部分をさりげなくサポートする黒子のケア（介護）を実践しています。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 介護が必要になられたときは、家庭的な愛情をもって日常生活のお世話をいたします。その人らしい生活を取り戻す為の関わりを工夫します | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅰ)ロ | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅲ) | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし |
| | | (Ⅰ) | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅱ) | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅲ) | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | | (Ⅳ) | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| 介護職員ベースアップ等加算 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> 1 | あり | 2 | なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 | あり | (介護・看護職員の配置率) | | : 1 | |
| | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|------|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | | 1 救急車の手配 | 2 入退院の付き添い |
| | | 3 通院介助 | 4 その他 () |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人 火生会 松宮医院 |
| | | 住所 | 奈良県生駒市東松が丘 17-8(ホームからの距離 2km) |
| | | 診療科目 | 内科・外科・整形外科 |
| | | 協力内容 | 定期訪問による入居者の健康管理 往診 緊急時の連絡・指示 (医療費その他の費用は入居者の自己負担) |
| 協力医療機関 | 2 | 名称 | 医療法人和幸会 阪奈中央病院 |
| | | 住所 | 奈良県生駒市俵口町 741(ホームからの距離 3.2km) |
| | | 診療科目 | 内科・外科・循環器・整形外科・皮膚科・リハビリテーション科・ 歯科口腔外科 |
| | | 協力内容 | 医療的処置が必要になった場合の治療及び入院の受け入れ(医療 費その他の費用は入居者の自己負担) |
| | 3 | 名称 | 生駒市立病院 |
| | | 住所 | 奈良県生駒市東生駒 1丁目 6番地 2 (東生駒駅より徒歩3分) |
| | | 診療科目 | 内科・外科・循環器・整形外科・皮膚科・リハビリテーション科・ 歯科口腔外科 |
| | | 協力内容 | 医療的処置が必要になった場合の治療及び入院の受け入れ(医療 費その他の費用は入居者の自己負担) |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人 薫歯会 志紀ファミリー歯科 | |
| | 住所 | 大阪府八尾市志紀町 3-10 | |
| | 協力内容 | 週1回の訪問診療にて、口腔清掃・義歯等の管理・口腔内外の観 察を行う (医療費その他の費用は入居者の自己負担) | |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | 入居時の年齢が満60歳以上の方。ホーム看護職員の医療的処 置の対応は不可。その他医療的処置については要相談。 | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が死亡したとき (入居者が2名の場合は両者とも死亡 したとき) ② 契約期間が満了し更新しない旨の意思表示があったとき | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第20条 |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容 :) 2 なし | |
| 入居定員 | 44人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制 ※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|---|----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 14 | 11 | 3 | 12 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.2 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 1 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | | 1 | 0.5 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 3 | | 3 | 1.25 |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | 1 | 0.2 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 40 |
| <p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p> | | | | |

（資格を有している介護職員の人数）

| | 合計 | | |
|-----------|----|-----|---|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 社会福祉士 | 2 | | |
| 介護福祉士 | 6 | 5 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 2 | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | 0 |
| 介護支援専門員 | 3 | 2 | 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 | | 1 | |
| 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 | | | |
| はり師きゅう師 | | | |

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

| 夜勤帯の設定時間（19時～7時） | | |
|------------------|------|----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 1人 | 1人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------|------------------------|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率* 【表示事項】 | a 1.5 : 1以上 c 2.5 : 1以上 | b 2 : 1以上 d 3 : 1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.7 : 1 | |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | | |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 | |
| | 訪問介護事業所の名称 | | |
| | 訪問看護事業所の名称 | | |
| | 通所介護事業所の名称 | | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------|------|-----------|--------------|---------|-----|----|-----|----|-----|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | 資格等の名称 社会福祉士 | | | | | | |
| | | 2 なし | | | | | | | | |
| | 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 | 1 | 1 | 5 | 1 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 2 | 3 | 1 | | | | 1 | | |
| 数に応じた業務に従事した経験年数の職員の人数 | 1年未満 | 1 | | 1 | 1 | | | | | |
| | 1年以上3年未満 | | 1 | 3 | | | | 1 | | |
| | 3年以上5年未満 | | | | 1 | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | 1 | | 3 | 2 | 1 | | | | 1 |
| | 10年以上 | | | 4 | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | 1 あり 2 なし | | | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------|-------------------------------|------|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| | 3 月払い方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | |
| | 1 全額前払い方式 | |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 | |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | 2 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 | | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |
| 利用料金の改定 | 条件 | 地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。 |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聞いたうえで改定することがある。 |

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

| | | プラン1【111号室】 | プラン2【115号室】 | |
|--|-------------------------------|-------------|-------------|--------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立 | 要介護3 | |
| | 年齢 | 60歳 | 80歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.36㎡ | 18.36㎡ | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 円 | 円 | |
| | 敷金 | 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 242450円 | 222260円 | |
| 家賃 | | 95000円 | 78900円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | 20910円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 56700円 | 56700円 |
| | | 管理費 | 75000円 | 50000円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 15750円 | 15750円 |
| その他 | | 円 | 円 | |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | | | | |
| ※2 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）

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 当施設の開発費、地代、家賃、修繕費、借入利息、管理事務費等を含む総費用を1室あたりの月額費用で算出したもの。 |
| 敷金 | |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 管理費 | 事務管理部門の人件費・事務費、日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の維持管理費。 |
| 食費 | 朝食（367円）昼食（630円）夕食（893円） 特別介護食の方は各食20円加算 |
| 光熱水費 | 15,750円/月（一人用居室） 21,000円/月（二人用居室） |
| 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 | |

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|-------------------------------------|----------------------|
| 特定施設入居者生活介護 [※] に対する自己負担 | 基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分。 |
| 特定施設入居者生活介護 [※] における人員配置が手 | なし |

| | |
|----------------------|--|
| 厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

| | | |
|-------|-------------|-----|
| 性別 | 男性 | 5人 |
| | 女性 | 29人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 6人 |
| | 85歳以上 | 26人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援 1 | 0人 |
| | 要支援 2 | 1人 |
| | 要介護 1 | 7人 |
| | 要介護 2 | 2人 |
| | 要介護 3 | 9人 |
| | 要介護 4 | 8人 |
| | 要介護 5 | 7人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 1人 |
| | 1年以上 5年未満 | 18人 |
| | 5年以上 10年未満 | 3人 |
| | 10年以上 15年未満 | 5人 |
| | 15年以上 | 0人 |

（入居者の属性）

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 88.9歳 |
| 入居者数の合計 | 34人 |
| 入居率※ | 77% |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者を含む。 | |

（前年度における退去者の状況）

| | | |
|---------|----------|------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 2人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡 | 9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 | 1人 |
| | | (解約事由の例) 身体等回復した為、元の居住に戻られる。 |

8. 苦情・事故等に関する体制

（利用者からの苦情に対応する窓口等の状況）※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | |
|-------|--|
| 窓口の名称 | ① ホームケア一生駒 苦情相談担当者：施設長・生活相談員 ② ホームケア株式会社 管理部 (入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対 |
|-------|--|

| | | |
|----------|-------|-----------------------------|
| | | 応。苦情申出による差別的な待遇は一切行なわない。) |
| 電話番号 | | ①0743-71-6558 ②06-6947-3388 |
| 対応している時間 | 平日 | ① ② 午前9時～午後5時 |
| | 土曜 | ① 午前9時～午後5時 |
| | 日曜・祝日 | ① 午前9時～午後5時 |
| 定休日 | | ① なし ② 土曜日・日曜日・祝祭日・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 | 1 あり | 東京海上日動火災保険株式会社の損害賠償保険 日本興亜損害保険株式会社の損害責任保険 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | サービスの提供上で事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償する。 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | 2 なし |

(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 | 1 あり | 実施日 | 令和4年5月 |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | 平成28年1月18日 |
| | | 評価機関名称 | Nネット |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |

10. その他

| | | | |
|--|---|--|-----------------|
| 運営懇談会 | 1 | あり | (開催頻度) 通常 年 5 回 |
| | 2 | なし | |
| | 1 | 代替措置あり | (内容) |
| | 2 | 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 | あり (提携ホーム名 :) | |
| | 2 | なし | |
| 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 | 1 | あり | 2 なし |
| | 3 | サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | |
| 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 | 1 | あり | 2 なし |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項 | 1 | あり | 2 なし |
| | 3 | サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、当該規定対象外 | |
| 合致しない事項がある場合 の内容 | | | |
| 「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性 | 1 | 適合している (代替措置) | |
| | 2 | 適合している (将来の改善計画) | |
| | 3 | 適合していない | |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項 | | | |
| 不適合事項がある場合の 内容 | | | |

添付書類：別添 1 (事業主体が奈良県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)

2023 年 4 月 1 日変更事項 (4. サービスの内容)

※ _____ 様
説明を受けた者

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が奈良県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|----|----|-----------------|------------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | ホームケアー奈良 | 奈良県奈良市川久保6-1 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | ホームケアー奈良 | 奈良県奈良市川久保6-1 |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | ホームケアー奈良 | 奈良県奈良市川久保6-1 |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | ホームケアー香芝 | 奈良県香芝市五位堂6-220-3 |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | ホームケアー香芝 (他4ヶ所) | 奈良県香芝市五位堂6-220-3 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ホームケアー奈良 | 奈良県奈良市川久保6-1 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ホームケアー奈良 | 奈良県奈良市川久保6-1 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | ホームケアー奈良 | 奈良県奈良市川久保6-1 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | ホームケアー奈良 | 奈良県奈良市川久保6-1 |
| <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 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | ホームケアー香芝 | 奈良県香芝市五位堂6-220-3 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | ホームケアー香芝 (他4ヶ所) | 奈良県香芝市五位堂6-220-3 |
| 介護予防支援 | あり | なし | ホームケアー奈良 | 奈良県奈良市川久保6-1 |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

※3：都度払いの場合、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

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | なし | あり | 備 考 | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|--------|-------------------------------------|------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 | | 料金※3 |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | 施設サービス計画による | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | 出来ない部分を介助 必要に応じて実施 | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | 実費負担 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | ～3回/週 | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | ～3回/週 | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | 出来ない部分を介助 | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | 医師等の指示による | |
| 通院介助（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり | | | 協力医療機関への送迎介助 | |
| 通院介助（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり | | | 介護職：¥600/30分 看護師：¥1,100/30分 交通費自己負担 | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | 施設サービス計画による 自立者 5300円/月 | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | 1回/週 汚染時 600円/回・天候によって布団干し | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | | 入浴時実施 汚染時 600円/ネット | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | 200円/回 | 短期療養中(30日を超える 200円/回)左記以外 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | 相談に応じて自己負担 | |
| おやつ | | | なし | あり | | | 毎日ロビーにて提供 | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | | 実費自己負担 | |
| 買い物代行（通常の利用区域） | なし | あり | なし | あり | | | 購入品自己負担 | |
| 買い物代行（上記以外の区域） | なし | あり | なし | あり | | 400円 | 400円/回 購入品自己負担 | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | 600円 | 30分スタッフの交通費自己負担 | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | 3150円 | 管理料(1ヶ月単位) | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | あり | なし | あり | | | 年2回のご案内 | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | 随時 | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | 随時 | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | 施設サービス計画による | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | 実費負担 | |
| 入退院時の同行（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり | | | 適宜実施 | |
| 入退院時の同行（上記以外） | なし | あり | なし | あり | | | 介護職：¥600/30分 看護師：¥1,100/30分 交通費自己負担 | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | 実費負担 | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | 適宜実施 ・入院中の付き添い 1,600円/1時間 | |

※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）。