

## 様式第1号

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和8年7月1日 |
| 記入者名  | 田中洋子     |
| 所属・職名 | 施設長      |

## 1 事業主体概要

|            |                                              |                                     |  |
|------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 名称         | (ふりがな) かぶしきがいしゃにこばん<br>株式会社にこばん              |                                     |  |
| 法人番号       | 4120901039286                                |                                     |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 577-0058<br>大阪府東大阪市足代北2-1-13クレアシティ布施1311号室 |                                     |  |
| 連絡先        | 電話番号／FAX番号                                   | TEL 06-4300-3855 / FAX 06-4300-3850 |  |
|            | メールアドレス                                      | kosei.k@nicoban.jp                  |  |
|            | ホームページアドレス                                   | http://nicobann.jp/                 |  |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 柿窪興生                                 |                                     |  |
| 設立年月日      | 平成 29年12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) どころんもりぐち<br>ドラゴンもりぐち         |                     |           |
| 届出・登録の区分                     | 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出      |                     |           |
| 有料老人ホームの類型                   | 住宅型                                 |                     |           |
| 所在地                          | 〒 540-0047<br>大阪府守口市寺方元町1丁目16番12号   |                     |           |
| 主な利用交通手段                     | 京阪本線守口市駅より京阪バス南寺方東通左循環行 [29] 寺方バス停前 |                     |           |
| 連絡先                          | 電話番号                                | 06-6115-9622        |           |
|                              | FAX番号                               | 06-6115-9627        |           |
|                              | メールアドレス                             |                     |           |
|                              | ホームページアドレス                          | http://nicobann.jp/ |           |
| 管理者(職名/氏名)                   | 施設長 /                               |                     |           |
| 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 8年3月1日                           | /                   | 令和 8年2月5日 |

### 3 建物概要

|        |                        |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
|--------|------------------------|---------------------------------|----------------|------------------------|-----------|---------|-------|------|---------------------|
| 土地     | 権利形態                   | 地上権                             | 抵当権            | なし                     | 契約の自動更新   | なし      |       |      |                     |
|        | 賃貸借契約の期間               | ～ 令和                            |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        | 面積                     | ㎡                               |                |                        |           |         |       |      |                     |
| 建物     | 権利形態                   | 賃借権                             | 抵当権            | なし                     | 契約の自動更新   | あり      |       |      |                     |
|        | 賃貸借契約の期間               | 令和 8年2月1日                       | ～ 令和           |                        |           |         |       |      |                     |
|        | 延床面積                   | 575.36 ㎡ (うち有料老人ホーム部分 575.36 ㎡) |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        | 竣工日                    | 令和 8年1月28日                      | 用途区分           |                        | 有料老人ホーム   |         |       |      |                     |
|        | 耐火構造                   | 準耐火建築物                          | その他の場合：        |                        |           |         |       |      |                     |
|        | 構造                     | 鉄骨造                             | その他の場合：        |                        |           |         |       |      |                     |
|        | 階数                     | 2 階 (地上 2 階、地階 階)               |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
| 居室の状況  | 総戸数                    | 24 戸                            |                | 届出又は登録をした室数            |           |         |       | 24 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                 | ○                               | ○              | ×                      | ×         | ×       | 11.75 | 15   | 一人部屋                |
|        | 一般居室個室                 | ×                               | ×              | ×                      | ×         | ×       | 11.75 | 9    | 一人部屋                |
|        |                        |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        |                        |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        |                        |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        |                        |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        |                        |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        |                        |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
| 共用施設   | 共用トイレ                  | 2 ヶ所                            |                | うち男女別の対応が可能なトイレ        |           |         |       | 2 ヶ所 |                     |
|        |                        |                                 |                | うち車椅子等の対応が可能なトイレ       |           |         |       | 2 ヶ所 |                     |
|        | 共用浴室                   | 大浴場 1 ヶ所                        |                | ヶ所                     |           |         |       |      |                     |
|        | 共用浴室における介護浴槽           | ヶ所                              |                | ヶ所                     |           | その他：    |       |      |                     |
|        | 食堂                     | 1 ヶ所                            |                | 面積                     |           | 107.0 ㎡ |       |      |                     |
|        | 入居者や家族が利用できる調理設備       | なし                              |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        | エレベーター                 | あり (車椅子対応) 1 ヶ所                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
|        | 廊下                     | 中廊下 4～4, 7 m 06-6115-9627 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 事務室                         |                | 通報先から居室までの到着予定時間 1～2 分 |           |         |       |      |                     |
|        | その他                    |                                 |                |                        |           |         |       |      |                     |
| 消防用設備等 | 消火器                    | あり                              | 自動火災報知設備       | あり                     | 火災通報設備    | あり      |       |      |                     |
|        | スプリンクラー                | あり                              | なしの場合 (改善予定時期) |                        |           |         |       |      |                     |
|        | 防火管理者                  | あり                              | 消防計画           | あり                     | 避難訓練の年間回数 | 2 回     |       |      |                     |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                   |      |                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針          |      | 地域との連携、交流を含め、利用者に安心して日常生活を送って頂く                                                                                                                                                                          |
| サービスの提供内容に関する特色   |      | 24時間の利用者見守り、医療機関、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所等との連携、毎日利用者の健康管理を行い、安心・快適に過ごして頂く                                                                                                                                       |
| 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     | 委託   | 訪問介護ステーションnスマイリー                                                                                                                                                                                         |
| 食事の提供             | 委託   | 訪問介護ステーションnスマイリー                                                                                                                                                                                         |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与   | 委託   | 訪問介護ステーションnスマイリー                                                                                                                                                                                         |
| 健康管理の支援（供与）       | 委託   | 訪問介護ステーションnスマイリー                                                                                                                                                                                         |
| 状況把握・生活相談サービス     | 委託   | 訪問介護ステーションnスマイリー                                                                                                                                                                                         |
| 健康診断の定期検診         | 自ら実施 |                                                                                                                                                                                                          |
|                   | 提供方法 |                                                                                                                                                                                                          |
| 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              |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・従業者に対し、虐待防止研修を実施している。</li> <li>・入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。</li> <li>・職員会議で、定期的に虐待防止の為の啓発・周知等を行っている。</li> <li>・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。</li> </ul>   |
| 身体的拘束             |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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ヶ月）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、同意書を頂く。（継続して行う場合は概ね1ヵ月毎行う。）</li> </ul> |

##### (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： 訪問診療、急変時の対応 |                                             |
| 協力医療機関   | 名称                  | 道照会クリニック                                    |
|          | 住所                  | 大阪府大阪市淀川区十三東3-7-4-107                       |
|          | 診療科目                | 内科/精神科                                      |
|          | 協力内容                | 訪問診療、急変時の対応<br>その他の場合：年1回の健康診断(費用については自己負担) |
| 協力歯科医療機関 | 名称                  | 医療法人裕豊会 みずたにおとなこども歯科クリニック                   |
|          | 住所                  | 大阪府大阪市旭区太子橋1丁目1-1-101                       |
|          | 協力内容                | 急変時の対応<br>その他の場合：06-6115-9622               |

##### (入居に関する要件)

|                |                                                       |                     |  |
|----------------|-------------------------------------------------------|---------------------|--|
| 入居対象となる者       | 要支援、要介護                                               |                     |  |
| 留意事項           |                                                       |                     |  |
| 契約の解除の内容       | 共同生活の秩序を乱すと認められたときや他利用者とのトラブルを起こした際及び犯罪行為又は相当の行為に及んだ時 |                     |  |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                                                  | 契約解除                |  |
|                | 解約予告期間                                                | 契約解除の内容に触れたとき予告催告なし |  |
| 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           | 24 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  |     | サービス提供責任者     |
| 生活相談員   |           |    |     |               |
| 直接処遇職員  |           |    |     |               |
| 介護職員    |           | 2  | 4   |               |
| 看護職員    |           |    |     |               |
| 機能訓練指導員 |           |    |     |               |
| 計画作成担当者 |           |    |     |               |
| 栄養士     |           |    |     |               |
| 調理員     |           |    |     |               |
| 事務員     |           |    | 1   |               |
| その他職員   |           |    | 2   |               |

### (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 |    |    | 4   |    |
|              |    |    |     |    |
|              |    |    |     |    |
|              |    |    |     |    |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 |     |
|-------------|----|-----|
|             | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   |    |     |
| 理学療法士       |    |     |
| 作業療法士       |    |     |
| 言語聴覚士       |    |     |
| 柔道整復士       |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 16時～ 9時) |      |                     |   |
|---------------------|------|---------------------|---|
|                     | 平均人数 | 最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く) |   |
| 看護職員                | 人    | 人                   |   |
| 介護職員                | 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                  |               |          |     |      |        |       |     |         |     |         |     |
| 就業した業務に従事した経験年数に<br>応じた職員の人数 | 1年未満          |          |     |      |        |       |     |         |     |         |     |
|                              | 1年以上<br>3年未満  |          |     |      |        |       |     |         |     |         |     |
|                              | 3年以上<br>5年未満  |          |     |      | 3      |       |     |         |     |         |     |
|                              | 5年以上<br>10年未満 |          |     |      | 1      |       |     |         |     |         |     |
|                              | 10年以上         |          |     | 1    |        |       |     |         |     |         |     |
| 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選択           |  |
| 年齢に応じた金額設定                 |     | なし                                |  |
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | なし                                |  |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い |     | あり                                |  |
|                            |     | 内容： 入院時における光熱水費については入院期間の日割りとする   |  |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 消費税改定時、その他料金が不相当と認められる状況の変化があった場合 |  |
|                            | 手続き | 協議の上                              |  |

### (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                                                                                                                                    |          |          |
|                               | 年齢                                                                                                                                      |          |          |
| 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                                                                                                                                     | 11.75㎡   | 11.75㎡   |
|                               | トイレ                                                                                                                                     | あり       | なし       |
|                               | 洗面                                                                                                                                      | あり       | なし       |
|                               | 浴室                                                                                                                                      | なし       | なし       |
|                               | 台所                                                                                                                                      | なし       | なし       |
|                               | 収納                                                                                                                                      | なし       | なし       |
| 入居時点で必要な費用                    | 敷金                                                                                                                                      | 150,000円 | 150,000円 |
|                               |                                                                                                                                         |          |          |
| 月額費用の合計                       |                                                                                                                                         | 128,600円 | 128,600円 |
| 家賃                            |                                                                                                                                         | 50,000円  | 50,000円  |
| 保険<br>外<br>サービス<br>費用<br>(介護) | 食費                                                                                                                                      | 48,600円  | 48,600円  |
|                               | 管理費                                                                                                                                     | 15,000円  | 15,000円  |
|                               | 状況把握及び生活相談サービス費                                                                                                                         |          |          |
|                               | 光熱水費                                                                                                                                    | 15,000円  | 15,000円  |
|                               |                                                                                                                                         |          |          |
|                               |                                                                                                                                         |          |          |
| 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                   | 近隣施設の相場に基づく         |             |
| 敷金                   | 家賃の 3 ヶ月分           |             |
|                      | 解約時の対応              | 原状回復費を除いて返却 |
| 前払金                  | 該当なし                |             |
| 食費                   | 人件費、調理設備・備品代        |             |
| 管理費                  | 共用施設の維持・管理費、人件費、事務費 |             |
| 状況把握及び生活相談サービス費      |                     |             |
| 光熱水費                 | 水道光熱費の使用料：定額        |             |
|                      |                     |             |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2                |             |
| その他のサービス利用料          |                     |             |

## 7 入居者の状況

### (入居者の人数)

|                     |            |       |
|---------------------|------------|-------|
| 年齢別                 | 65歳未満      | 3人    |
|                     | 65歳以上75歳未満 | 4人    |
|                     | 75歳以上85歳未満 | 2人    |
|                     | 85歳以上      | 人     |
| 要介護度別               | 自立         | 人     |
|                     | 要支援1       | 人     |
|                     | 要支援2       | 人     |
|                     | 要介護1       | 2人    |
|                     | 要介護2       | 人     |
|                     | 要介護3       | 人     |
|                     | 要介護4       | 4人    |
|                     | 要介護5       | 2人    |
| 入居期間別               | 6か月未満      | 9人    |
|                     | 6か月以上1年未満  | 人     |
|                     | 1年以上5年未満   | 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 |            | 人 / 人 |
| 入居者数                |            | 9人    |

### (入居者の属性)

|      |      |      |      |      |      |           |
|------|------|------|------|------|------|-----------|
| 性別   | 男性   | 5 人  |      | 女性   | 4 人  |           |
| 男女比率 | 男性   | 56 % |      | 女性   | 44 % |           |
| 入居率  | 38 % |      | 平均年齢 | 69 歳 |      | 平均介護度 3.5 |

### (前年度における退去者の状況)

06-6115-9622

|         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 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  | 人        |
|         |          | (解約事由の例) |
|         | 入居者側の申し出 | 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)        |       | 株式会社こぼん                             |
| 電話番号 / FAX         |       | TEL 06-4300-3855 / FAX 06-4300-3850 |
| 対応している時間           | 平日    | 9:00～18:00                          |
|                    | 土曜    | 9:00～18:00                          |
|                    | 日曜・祝日 | 9:00～18:00                          |
| 定休日                |       | なし                                  |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁) |       | 守口市役所健康福祉部高齢介護課                     |
| 電話番号 / FAX         |       | 06-6992-1610 /                      |
| 対応している時間           | 平日    | 9:00～17:30                          |
| 定休日                |       | 土日祝日・年末年始                           |
| 窓口の名称 (虐待の場合)      |       | 守口市役所健康福祉部高齢介護課                     |
| 電話番号 / FAX         |       | 06-6992-1610 /                      |
| 対応している時間           | 平日    | 9:00～17:30                          |
| 定休日                |       | 土日祝日・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     | 加入先  | AIG損害保険株式会社 |
|                   | 加入内容 | 対人・対物に対応    |
|                   | その他  | 食中毒・感染時にも対応 |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 |      | 速やかに対応      |
| 事故対応及びその予防のための指針  |      | あり          |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                  |    |        |        |  |
|----------------------------------|----|--------|--------|--|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | あり | ありの場合  | ご意見箱設置 |  |
|                                  |    | 実施日    |        |  |
|                                  |    | 結果の開示  | なし     |  |
|                                  |    |        | 開示の方法  |  |
| 第三者による評価の実施状況                    | なし | ありの場合  |        |  |
|                                  |    | 実施日    |        |  |
|                                  |    | 評価機関名称 |        |  |
|                                  |    | 結果の開示  |        |  |
| 開示の方法                            |    |        |        |  |

## 9 入居希望者への事前の情報開示

|          |          |
|----------|----------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 |
| 管理規程     | 公開していない  |
| 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  |          |

## 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                                              | 入居者とそこご家族、施設長、施設職員 |  |  |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | なしの場合の代替措置の内容                                    |                    |  |  |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況                     | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                               |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 指針の整備                                            |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 定期的な研修の実施                                        |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 担当者の配置                                           |                    |  |  |
| 身体的拘束の適正化等の取組の状況                     | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催                                |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 指針の整備                                            |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 定期的な研修の実施                                        |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと |                    |  |  |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録     |                    |  |  |
| 業務継続計画（BCP）の策定状況等                    | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 感染症に関する業務継続計画                                    |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 災害に関する業務継続計画                                     |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 職員に対する周知の実施                                      |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 定期的な研修の実施                                        |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 定期的な訓練の実施                                        |                    |  |  |
|                                      | あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 定期的な業務継続計画の見直し                                   |                    |  |  |
| 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                              | ・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扱いについては、個人情報の保護に関する法律および同法に基づく「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ためのガイドライン」並びに、大阪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。<br>・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。<br>・事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持雇用契約とする。<br>・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 |                                                  |                    |  |  |
| 緊急時等における対応方法                         | ・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）<br>・連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。<br>・関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。<br>・賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。                                                                                                                                                                   |                                                  |                    |  |  |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 不適合の場合の内容                                        |                    |  |  |
| 守口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                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                    |  |  |
| 合致しない事項の内容                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                    |  |  |
| 代替措置等の内容                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                    |  |  |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |                    |  |  |

添付書類：別添1（事業主体が大阪府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、並びに医療サービス等、その他のサービス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)事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス

| 介護保険サービスの種類          |    | 事業所の名称           | 所在地                  |
|----------------------|----|------------------|----------------------|
| <居宅サービス>             |    |                  |                      |
| 訪問介護                 | あり | 訪問介護ステーションhスマイリー | 大阪市生野区巽北2丁目16-25-303 |
| 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※        |              |
| 介護サービス   | 食事介助             | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | 排せつ介助・おむつ交換      | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | おむつ代             |                 | 実費         |              |
|          | 入浴（一般浴）介助・清拭     | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | 特浴介助             | なし              |            |              |
|          | 身辺介助（移動・着替え等）    | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | 機能訓練             | なし              |            |              |
|          | 通院介助             | あり              | 1時間 2,000円 |              |
| 生活サービス   | 居室清掃             | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | リネン交換            | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | 日常の洗濯            | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | 居室配膳・下膳          | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | 入居者の嗜好に応じた特別な食事  | あり              | 実費         |              |
|          | おやつ              | あり              | 実費         |              |
|          | 理美容師による理美容サービス   | あり              | 実費         |              |
|          | 買い物代行            | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | 役所手続代行           | あり              | 1回 2,000円  |              |
|          | 金銭・貯金管理          | あり              | 1か月3,000円  |              |
| 健康管理サービス | 定期健康診断           | あり              | 実費         |              |
|          | 健康相談             | あり              |            |              |
|          | 生活指導・栄養指導        | あり              |            |              |
|          | 服薬支援             | あり              |            |              |
|          | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | あり              |            |              |
| 入退院のサービス | 移送サービス           | あり              | 1時間 2,000円 |              |
|          | 入退院時の同行          | あり              | 1時間 2,000円 |              |
|          | 入院中の洗濯物交換・買い物    | あり              | 1回 2,000円  | 06-6115-9622 |
|          | 入院中の見舞い訪問        | あり              |            | 06-6115-9622 |

※「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。