

## 重要事項説明書

		記入年月日	2012年 2月 1日
記入者名	川邨 夫美子	所属・職名	施設長

### 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人等の種類	なし <b>あり</b> : 営利法人
	名称	(ふりがな) カブシキガイ アテム 株式会社 アイテム
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒573-0135	
	枚方市春日元町一丁目38番20号	
事業主体の連絡先	電話番号	072-808-9570
	FAX 番号	072-858-8154
	ホームページ ドレス	なし
		<b>あり</b> : <a href="http://www.items.co.jp">http:// www.items.co.jp</a>
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	谷岡 好雄
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成15年12月8日	

事業主体が当該都道府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		
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		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
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		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
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		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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	介護付有料 老人ホーム あおい	枚方市尊延寺6丁目 26番10号
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<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		

## 2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむあおい 介護付有料老人ホームあおい	
施設の所在地	〒573-0112 枚方市尊延寺六丁目 26 番 10 号	
施設の連絡先	電話番号	072-896-0001
	FAX 番号	072-896-0011
	ホームページ	なし
	メールアドレス	あり: <a href="http://www.items.co.jp">http://www.items.co.jp</a>
施設の開設年月日	平成 16 年 9 月 1 日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名 川邨 夫美子 職名 施設長	
施設までの主な利用交通手段		
JR 学研都市線津田駅下車 15 分津田駅より京阪バス穂谷口バス停前 (約 5 m)		
施設の類型及び表示事項	○類型：介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護) ○居住の権利形態：利用権方式 ○利用料支払方式：一時金方式 ○入居時の要件：入居時自立・要支援・要介護 ○介護保険：大阪府指定介護保険特定施設 ○介護居室区分：全室個室 ○介護に係る職員体制： 2.5 : 1 以上	
介護保険事業所番号	特定施設入居者生活介護事業所 2772402497 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 2772402497	
特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
事業の開始 (予定) 年月日	平成 16 年 9 月 1 日	
指定の年月日	平成 16 年 9 月 1 日 特定施設入居者生活介護 平成 18 年 4 月 1 日 介護予防特定施設入居者生活介護	
指定の更新年月日	平成 22 年 9 月 1 日 特定施設入居者生活介護	

## 3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	0	1	0	0	1	1 (0.8)
生活相談員	1	0	0	0	1	1
看護職員	1	0	6	2	9	2.9
介護職員	11	0	10	0	21	16.6
機能訓練指導員	0	0	0	2	2	0.2
計画作成担当者	0	1	1	0	2	1.1
栄養士 (外部委託)	0	0	0	0	0	0
調理員 (外部委託)	0	0	0	0	0	0
事務員	3	0	1	0	3.4	3.4
その他従業者	0	0	0	0	0	0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						37.5 時間

※ 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います。

従業者である <b>介護職員</b> が有している資格				
延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士	0	0	0	0
介護福祉士	6	0	2	0
介護職員基礎研修	0	0	0	0
訪問介護員 1 級	0	0	2	0
2 級	9	0	1 0	0
3 級	0	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0	0
従業者である <b>機能訓練指導員</b> が有している資格				
延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士	0	0	0	0
作業療法士	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0
看護師及び准看護師	0	0	0	2
柔道整復士	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）			1 名（介護職員）
	平均時の人数（宿直者含む） (19:00~7:00)			2 名（介護職員）

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1	0	0	0	1	1
看護職員	1	0	6	2	9	2.9
介護職員	0	11	0	10	21	16.6
機能訓練指導員	0	0	0	2	2	0.2
計画作成担当者	0	1	1	0	2	1.1
その他従業者	0	0	0	0	0	0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						37.5 時間
※ 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います。						
従業者である <b>介護職員</b> が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	0	0	0	0		
介護福祉士	6	0	2	0		
介護職員基礎研修	0	0	0	0		
訪問介護員 1 級	0	0	2	0		
2 級	8	0	1 0	0		
3 級	0	0	0	0		
介護支援専門員	0	0	0	0		

従業者である機能訓練指導員が有している資格				
延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士	0	0	0	0
作業療法士	0	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0	0
看護師及び准看護師	0	0	0	1
柔道整復士	0	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0	0
管理者の他の職務との兼務の有無				あり
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 看護師／介護支援専門員／ 福祉住環境コーディネーター2級	
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合				2.5 : 1 以上

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	1	1	2	0	0
前年度1年間の退職者数	1	1	0	3	0	0
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	1	3	1	2	0	0
1年以上3年未満の者の人数	0	1	4	2	0	0
3年以上5年未満の者の人数	0	4	4	4	0	0
5年以上10年未満の者の人数	0	0	3	2	1	0
10年以上の者の人数	0	0	0	0	0	0
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0		
前年度1年間の退職者数	0	2 (内1産休)	0	0		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数	0	1	0	0		
1年以上3年未満の者の人数	0	0	0	0	1	
3年以上5年未満の者の人数	0	1	1	0		
5年以上10年未満の者の人数	0	0	0	0		
10年以上の者の人数	0	0	0	0		
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

#### 4. サービスの内容

施設の運営に関する方針
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入居者の要支援又は要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、又認知症の状況等入居者の心身の状況を踏まえ入浴、排泄の自立について必要な援助のほか、食事、離床、着替え、その他の日常生活の世話等日常生活を営むことが出来るよう必要な援助を適切に行います。</li> <li>2. 介護は入居者の心身の状況に応じ、入居者の自立支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術をもって行うものとし、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行う。入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</li> <li>3. 指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準に定める内容及び老人福祉法・介護保険法・消防法等関係法令を遵守し事業を実施します。</li> </ol>

<p>4. 入居者の個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法の精神に立って、個人情報の管理に努めます。</p> <p>5. 入居者の自立支援と日常生活の充実を図ると共に、介護度の軽減及び進行予防に努め、個々の入居者の心身の状況に合わせた援助を行います。</p> <p>6. 認知症に関する予防プログラムを、日々のアクティビティの中に組み込み、認知症予防に努めます。</p>			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無		なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況		別紙	
協力医療機関の名称	医療法人 讃高会 穂谷クリニック (12月16日「古谷クリニック」より「穂谷クリニック」に名称変更) 枚方市尊延寺6丁目26番8号 (当施設の東隣)		
(協力の内容)	診療科目：内科 協力内容：通院、往診による診察及び治療 入居後の年3回の健康診断の実施		
協力医療機関の名称	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 枚方市藤阪東町1丁目2番1号 (当施設より直線距離約2.8km)		
(協力の内容)	診療科目：内科、循環器科、外科、整形外科、皮膚科、婦人科、眼科、耳鼻科、歯科 協力内容：夜間・緊急時及び通院（一般診療）による診療及び入院の受け入れ		
協力医療機関の名称	医療法人 松徳会 松谷病院 枚方市津田西町1丁目29番8号 (当施設より直線距離3.1km)		
(協力の内容)	診療科目：内科・循環器科・呼吸器科・放射線科・アレルギー科・リハビリテーション科 協力内容：夜間・緊急時及び通院（一般診療）による診療及び入院の受け入れ		
協力医療機関の名称	医療法人 讃高会 高井病院 枚方市津田西町1丁目37番8号 (当施設より直線距離約3.3km)		
(協力の内容)	診療科目：整形外科・消化器科・呼吸器科・リハビリテーション科 協力内容：定期往診・夜間・緊急時及び通院（一般診療）による診療及び入院受け入れ		
協力医療機関の名称	医療法人 和音会 ひびき眼科クリニック 交野市森北1丁目22番6号 いわふね合同医療ビル4F (当施設より直線距離約5.1km)		
(協力の内容)	診療科目：眼科 協力内容：通院による診療及治療		
協力医療機関の名称	医療法人敬信会 京都きづ川病院 京都府城陽市平川西六反26-1 (当施設より直線距離約7.6km)		
(協力の内容)	診療科目：内科・循環器科・消化器科・神経内科・小児科・放射線科・外科・肛門科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・リウマチ科・リハビリテーション科 協力内容：夜間・緊急時及び通院（一般診療）による診療及び入院の受け入れ		
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 なかにし歯科 枚方市宗谷1-1105 (当施設より約0.3km)
(協力の内容)	協力内容：通院、往診による入居者の歯科診療及び治療、口腔ケアに関する指導等		
要介護時における居室の住み替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			

		介護居室	
		入居後に居室を住み替える場合（原則、住み替え無し）	
		一時介護室へ移る場合	
		判断基準・手続について	
		(その内容) 一般居室・介護居室・一時介護室の区別はしていませんが、 重度の認知症又は常時介護が必要な状態の悪化により、介護職員室の近くに 住み替えて頂くことが望ましい場合、以下の手続を行った上で別の介護居 室に住み替えていただく場合があります。その場合以下の手続を行うこと とします。 ① ホームの指定医師の意見を聴き、担当者会議を行う ② 必要に応じて3ヶ月間程度の経過観察期間をおく ③ 本人・身元引受人の同意を得る	
		追加的費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		居室利用権の取扱い	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		(その内容)	
		入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		従前居室との仕様の変更	
		便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		(その内容)	
		介護居室へ移る場合（介護居室の区別無し）	
		判断基準・手続について	
		(その内容)	
		追加的費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		居室利用権の取扱い	
		(その内容) 住み替え後の居室	
		入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		従前居室との仕様の変更	
		便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		(その内容)	

		その他	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
		判断基準・手続について	
		(その内容)	

	追加的費用の有無	なし	あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容)		
	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
	従前居室との仕様の変更		
	便所の変更の有無	なし	あり
	浴室の変更の有無	なし	あり
	洗面所の変更の有無	なし	あり
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容)		
	施設の入居に関する要件		
	自立している者を対象	なし	あり
	要支援の者を対象	なし	あり
	要介護の者を対象	なし	あり
	留意事項	おおむね 65 歳以上	

<p>契約の解除の内容</p> <p>高齢者虐待防止並びに身体拘束防止について</p> <p>秘密保持と個人情報の保護並びに記録の開示</p>	<p>① 入居者が逝去した場合、その日をもって契約終了となります。</p> <p>② 入居者から契約解除が行われる場合、14日以上の予告期間をもって契約解除することができます。</p> <p>③ 事業者から契約解除が行われる場合、30日の予告期間において本契約の解除を通告できることとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居した場合</li> <li>・管理費、食費その他契約上のホームに支払うべき費用の支払いを2ヶ月以上延滞した場合</li> <li>・建物、付属設備及び敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は損失した場合</li> <li>・入居者の行動が他の入居者の生命・生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、通常の介護方法ではこれを防止することが困難であり、そのことが入居契約を将来にわたって維持することが社会通念上困難と認められる場合</li> <li>・その他、入居契約に基づく禁止事項、協議事項等につき契約内容に違反した場合</li> </ul> <p>④ 入居者からの契約解除については、「契約解除届出書」を提出して頂きます。</p> <p>事業者及び従事者は、入居者の人権の擁護、虐待及び身体拘束防止等の為、次の通り必要な措置を講じます。</p> <p>① 研修等を通じて、人権意識及び知識・技術の向上に努めます。</p> <p>② サービスの提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体の保護の為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行いません。</p> <p>③ やむを得ず身体拘束を行う場合、①切迫性②非代替性③一時性の要件を満たしていることを、カンファレンスにて確認の後、利用者及び家族等（後見人含む）に説明し、同意を得た上で、その実施状況や時間等について、経過観察記録を作成し保管致します。</p> <p>事業者及び従業者は、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、サービスを提供する上で知り得た入居者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。又この秘密保持は契約が終了した後においても継続します。また、個人情報の開示に関しては利用者が開示請求届を提出すれば、自己に関する健康や介護の記録等を開示するが、法第25条第1項の各号に該当する場合（①本人又は第三者の生命・身体・財産等の権利利益を害する恐れのある場合②事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす場合③他の法令に違反する事となる場合）は、その全部又は一部を開示しない場合があります。</p>					
<p>体験入居の内容</p>	<p>1泊2日（3食付）7,000円</p>					
<p>入居定員</p>	<p>30名</p>					
<p>その他</p>						
<p>入居者の状況</p>						
<p>入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）</p>						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	0	0	1	0	0	1
75歳以上85歳未満	2	0	2	1	1	6
85歳以上	0	5	3	4	3	15
	自立	要支援1	要支援2	申請中		合計
65歳未満	0	0	0	0		0

65歳以上75歳未満	0	1	0	0	1	
75歳以上85歳未満	0	1	0	0	1	
85歳以上	0	0	1	0	1	
入居者の平均年齢	86歳					
入居者の男女別人数	男性	6人	女性	19人		
入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	25 / 30			定員30名に対し83%		
前年度の有料老人ホーム又は軽費老人ホームを退居した者の人数						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	0	0	0	0	0	0
社会福祉施設	0	0	0	0	0	0
医療機関	0	0	0	1	0	0
死亡者	1	1	0	1	1	4
その他	0	0	0	0	0	0
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等	0	0	0	0		0
社会福祉施設	0	0	0	0		0
医療機関	0	0	1	0		1
死亡者	0	0	0	0		0
その他	0	0	0	0		0
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	3	1	12	9	0	0

施設、設備等の状況					
建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり	
建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			なし	あり	
区分		室数	人数	1の居室の床面積	
一般居室個室	あり	なし		m <sup>2</sup>	
一般居室相部屋	あり	なし		m <sup>2</sup>	
				m <sup>2</sup>	
				m <sup>2</sup>	
介護居室個室	あり	なし	30	18.06 m <sup>2</sup>	
介護居室相部屋	あり	なし		m <sup>2</sup>	
				m <sup>2</sup>	
				m <sup>2</sup>	
一時介護室	あり	なし		m <sup>2</sup>	
				m <sup>2</sup>	
				m <sup>2</sup>	
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数			1ヶ所	
	うち車椅子等の対応が可能な数			5ヶ所	
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合			100%	
	うち車椅子等の対応が可能な数			100%	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴
		2 共用施設	1 共用施設	1 共用施設	1 共用施設
その他、浴室の設備に関する事項					
食堂の設備状況	1F 118.3 m <sup>2</sup> 30席		(食堂兼機能訓練室)		
入居者等が調理を行う設備状況				なし	あり
その他、共用施設の設備状況					

なし	あり	(その内容) 健康相談兼理美容室・談話室・娯楽室・洗濯コーナー ※理美容室は外部サービスの利用料				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全居室内、廊下、共用施設に手摺設置。車いすでの移動可能						
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積		833.21 m <sup>2</sup>				
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
根抵当権の設定 極度額 4億 2,000 万円 債務者 大阪府枚方市春日元町一丁目 38 番 20 号 株式会社 サンエース 根抵当権者 大阪府枚方市岡東町 14 番 36 号 枚方信用金庫		なし	あり			
貸借 (借地)						
なし	あり	契約期間	始	2004.6.1	終	2029.5.31
		契約の自動更新		なし	あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積		1586.63 m <sup>2</sup> (鉄骨造・4 階建)				
事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり	あり		
根抵当権の設定 極度額 4億 2,000 万円 債務者 大阪府枚方市春日元町一丁目 38 番 20 号 株式会社 サンエース 根抵当権者 大阪府枚方市岡東町 14 番 36 号 枚方信用金庫		なし	あり			
貸借 (借家)						
なし	あり	契約期間	始	2004.6.1	終	2029.5.31
		契約の自動更新		なし	あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況					
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口					
窓口の名称	事務所 (苦情処理担当者を定め体制を整備。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いません。) 担当生活相談員				
電話番号	072-896-0001				
対応している時間	平日	9:00~17:00	(ホームにて対応)		
	土曜	9:00~17:00	(ホームにて対応)		
	日曜・祝日	9:00~17:00	(ホームにて対応)		
定休日等	なし				
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等					
窓口の名称	① 枚方市健康部高齢社会室 ② 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課 ③ 大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 ④ 社団法人 全国有料老人ホーム協会				
電話番号	① 072-841-1221 (内戦988, 989) ② 06-6949-5418 ③ 06-6944-6668 7089 7508 ④ 03-3272-3781 (代表)				

対応している時間	平日	① 9:00～17:00 ② 9:00～17:00 ③ 9:00～17:00 ④ 10:00～17:00		
	土曜	なし		
	日曜・祝日	なし		
定休日等	土・日・祝日			
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 事業所が入居者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに入居者の家族・市町村等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。				
損害賠償責任保険の加入状況				
なし	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 日本興亜損害保険(株)の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入しており、サービスの提供上で事故が発生した場合は、損害保険会社と協力して誠実に対応します。但し、天災等の不可抗力は除きます。		
その他、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に関すること				
<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	(その内容)		
サービスの提供内容に関する特色等				
(その内容) <ul style="list-style-type: none"> <li>介護職員や看護職員が、ご入居者様の健康状態や要介護状態に合わせて、必要な援助を適切に行ないます。又協力医療機関との連携を図り速やかに対応します。</li> <li>サークル活動の他、年間を通じ四季の催事やイベントを企画し、定期的な買物ツアーも実施しております。</li> <li>毎月1回『お楽しみ食(行事食)』を実施しております。</li> <li>胃瘻造設の方やターミナルの方についても、可能な限り対応させていただきます。</li> <li>要支援及び要介護認定を受けておられる入居者様に、個々に応じた特定施設サービス計画(介護予防含む)を作成し、原案の内容について利用者本人及びご家族様に説明し、同意を得ることとします。(ご署名と捺印をお願い致します。)</li> <li>別添の介護サービス等の一覧表にて、サービス提供の内容を契約時に説明し、変更がある場合には、事前に変更の予告とご説明をさせていただきます。</li> </ul>				
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 入居者懇談会の実施(年2回～3回 なごみ会開催) 食事アンケートの実施2ヶ月に1回程度(食事内容・サービス内容等について) 各階に意見箱を通年設置し、運営懇談会や入居者懇談会で公表し、可能な範囲の改善策と取り組み状況について報告します。				
なし	<input checked="" type="radio"/> あり	実施した年月日	2012.1.8	
		当該結果の開示状況	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
第三者による評価の実施状況				
<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり

## 5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)		なし	<input checked="" type="radio"/> あり
名称	入居一時金		
	最低の額	最高の額	最多価格帯
介護居室	1人の入居の場合	450万円	450万円
		450万円	30戸
		最低の額	最高の額
			最多価格帯
	人の入居の場合	円	円
		円	戸

		最低の額	最高の額	最多価格帯	
人の入居の場合		円	円	円	戸
一時金の償却に関する事項					
償却開始	入居をした月	なし		あり	
	上記以外	(その内容)			
初期償却率 (%)		28% (返還しない)			
償却年月数		3年			
解約時返還金の算定方法		<p>72%を3年間で償却し、この期間内に契約が終了した場合には、下記の計算式に基づき無利息で返還します。</p> <p>期間終了後返還金はなくなりますが、追加入居金は不要です。(解約条件については第4項を参照)</p> <p>(入居一時金×72%) × (36ヶ月－入居月数) ÷ 36ヶ月</p> <p>但し、入居後90日以内において、解約の申し出がなされた場合には、事業者は契約終了日までの日割り計算による居住費、食費、サービス利用料に加え、居室明け渡しまでの「介護付有料老人ホームあおい」の利用の対価として、入居一時金を全償却期間で除した額、及び原状回復費用を除き、入居一時金の差額を、全額無利息で返還します。</p>			
保全措置の実施状況		なし	あり	(その内容)	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>： (社) 全国有料老人ホーム協会の入居者基金制度に加入。</li> <li>： 当社が個別入居者について基金に拠出金を支払う事により、万一倒産に至り、入居者のすべてが退去せざるおえなくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後においても保証金として500万円が入居者に支払われます。</li> <li>： (500万円は前払い金総額に対する保証額)</li> </ul>			
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)			なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			一時金としては		
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠			なし	あり	
名称					
一時金の償却に関する事項					
償却開始	入居をした月	なし		あり	
	サービス提供を開始した月	なし		あり	
	上記以外	(その内容)			
初期償却率 (%)					
償却年月数					
解約時返還金の算定方法					
保全措置の実施状況		なし	あり	： (その内容)	
③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)					

名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却 (%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	あり	90,000円
(「あり」の場合、その用途) 居室内電気代・水道代及び共用施設の水光熱費、維持管理費、事務費、生活サービスに係る人件費です			
食費	なし	あり	55,000円
(「あり」の場合、その内容) 食堂にて3食喫食した場合の費用。(朝400円・昼650円・夜800円)			
光熱水費	なし	あり	円
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) ・要介護者等に提供される人員過配置によるサービスの利用料として「手厚い介護の人員体制加算」を、要介護(1～5)認定の入居者に対し、日額500円加算します。 ・要介護者2.5人に対し、週37.5時間換算で介護看護職員1人以上配置 ・人員を基準以上に配置して提供するサービスのうち、介護保険給付による収入でカバーできない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づきます。			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠		なし	あり
個別的な選択による介護サービス		なし	あり

(「あり」の場合、その内容及び利用料) 週3回(一般浴)を超える入浴介助(1回1,200円) 週2回(特浴)を超える入浴介助(1回2,400円) 協力医療機関以外の通院の介助同行(職員1名30分毎600円) 週2回を超える居室の清掃(1回600円) 週3回を超える洗濯(1回600円) 買物等代行(職員1名30分毎600円)			
家賃相当額	なし	あり	33,000円
その他に必要な月額利用料		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 介護保険の1割負担分			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用		なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) ※要介護者等の場合、介護保険給付の自己負担額を支払う。			
区分	30日単位数	30日分の目安	代理受領時の自己負担分
要支援1	6,090単位	63,640円	6,364円
要支援2	14,070単位	147,031円	14,703円
要介護1	17,130単位	179,008円	17,900円
要介護2	19,230単位	200,953円	20,095円
要介護3	21,330単位	222,898円	22,289円
要介護4	23,400単位	244,530円	24,453円
要介護5	25,530単位	266,788円	26,678円
※地域区分(特甲地)算出基準10.45に基づきます。(平成21年4月1日改訂) ※医療費・薬費・衛生用品(おむつ代等)自己負担 ※入院中も家賃・管理費は頂きます			

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

利用者氏名

※ \_\_\_\_\_ 様

説明 年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

(※入居契約を前提として説明を行い同意いただいた場合は、下記の署名を求める。)

上記 重要事項の説明を受け同意いたしました。

利用者様 ご署名 \_\_\_\_\_

代理人様 ご署名 \_\_\_\_\_

