

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 2025/7/1 |
| 所属・職名 | マネジメント本部 |

1 事業主体概要

| | | | |
|------------|--|---|--|
| 名称 | (ふりがな) にほんろんぐらいふかぶしきがいしゃ 日本ロングライフ株式会社 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 530-0015 大阪市北区中崎西2丁目4番12号 梅田センタービル25階 | | |
| 連絡先 | 電話番号/FAX番号 | 06-6373-9136 | |
| | メールアドレス | | |
| | ホームページアドレス | http://www.j-longlife.co.jp | |
| 代表者(職名/氏名) | 代表取締役 / 炭本 健 | | |
| 設立年月日 | 平成 19年 12月 17日 | | |
| 主な実施事業 | ※別添1(別を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) ろんぐらいふうえのしば ロングライフ上野芝 | | |
| 届出・登録の区分 | 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | | |
| 有料老人ホームの種類 | 介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 所在地 | 〒 599-8272 堺市中区深井中町897番地1 | | |
| 主な利用交通手段 | JR阪和線津久野駅よりバスで5分(系統11泉ヶ丘行き)深井西口下車 徒歩3分(バス停より280m) | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-276-3801 | |
| | FAX番号 | 072-276-1135 | |
| | ホームページアドレス | http://www.j-longlife.co.jp/uenoshiba | |
| 管理者(職名/氏名) | 支配人 / 籠谷 依里子 | | |
| 建物の竣工日 | 平成 12年9月21日 | | |
| 有料老人ホーム事業開始日/届出受理日 | 平成 20年5月1日 (当初開設日 平成14年11月1日) | / | 平成 20年5月1日 |

(特定施設入居者生活介護の指定)

| | | | |
|----------------------------------|------------|------------|----|
| 特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号 | 2776100436 | 所管している自治体名 | 堺市 |
| 特定施設入居者生活介護 指定日 | 平成 20年5月1日 | | |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 介護保険事業者番号 | 2776100436 | 所管している自治体名 | 堺市 |
| 介護予防 特定施設入居者生活介護 指定日 | 平成 20年5月1日 | | |

3 建物概要

| | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|------------------|------------------|----------------|------------------------|-----------|--------------------|--|----------------|
| 土地 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | あり | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 14年11月1日 | | | ～ | 令和 | 14年10月31日 | | | |
| | 面積 | 4,163.8 m ² | | | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | あり | | | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 平成 | 14年11月1日 | | | ～ | 令和 | 14年10月31日 | | | |
| | 延床面積 | 3,369.6 m ² (うち有料老人ホーム部分) | | | | | 3,051.8 m ² | | | | |
| | 竣工日 | 平成 | 12年9月21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 | 鉄筋コンクリート造 | | その他の場合: | | | | | | | |
| | 階数 | 4 階 | | (地上 | | | 3 階、地階 | | 1 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 | 45 戸 | | 届出又は登録(指定)をした室数 | | | | (45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 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 40～ | 18 | | | |
| | 一般居室相部屋(夫婦・親族) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 54 | 27 | 2人入居可 | | |
| | 一時介護室 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 6.6 | 1 | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 3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 | | | | 3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 | 機械浴 | 1ヶ所 | | ヶ所 | | | | その他: | | |
| | 食堂 | 1ヶ所 | | 面積 | 155.0 | m ² | 入居者や家族が利用できる調理設備 | | | | |
| | 機能訓練室 | 1ヶ所 | | 面積 | | | | | | | m ² |
| | エレベーター | あり(車椅子対応) | | | | 2ヶ所 | | | | | |
| | 廊下 | 中廊下 | 1.85 m | | 片廊下 | 1.85 m | | | | | |
| | 汚物処理室 | ヶ所 | | | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 | あり | | トイレ | あり | | 浴室 | あり | | 脱衣室 |
| 通報先 | | 事務所 | | | 通報先から居室までの到着予定時間 | | | | 1～3分 | | |
| その他 | 談話室、デッキテラス、ヒーリングガーデン、噴水戸建風専用庭 | | | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 | | | 火災通報設備 | | | | | |
| | 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 | 入居者の意志及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立った指定特定介護施設入居者生活介護の提供に努めるとともに、事業の実施に当たっては地域との結びつきを重視し、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、常に入居者の家族と連携を行い、交流の機会を確保するよう努めます。 | |
| サービスの提供内容に関する特色 | お客様一人ひとりの個性や背景を尊重し、日々よりよいシニアライフを送っていただけるようにサポートします。そして、お客様の「ずっと自分らしく生きたい」という当然の欲求に応えるため「楽しみ」からライフスタイル全般まで、そのプログラムや環境をアレンジしながらプロデュースする全人的ケアを目指します。 | |
| サービスの種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 自ら実施 | |
| 食事の提供 | 自ら実施・委託 | エルケア株式会社 |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 自ら実施・委託 | 株式会社イクロス |
| 健康管理の支援(供与) | 自ら実施・委託 | 医療法人祥風会 みどりクリニック |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施・委託 | 医療法人祥風会 みどりクリニック |
| 提供内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療：内科(月に2回・緊急時は随時) ・健康チェック(医師による問診、聴診等) ・健康相談 ・機能回復訓練 | |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 医療法人祥風会 みどりクリニック(大阪市住吉区帝塚山東) |
| | 提供方法 | 年2回実施の機会を設けます。 |
| 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"> ・虐待防止に関する責任者は管理者とし、従業者に対し虐待防止研修を定期的実施しています。 ・入居者及び家族等に苦情解決体制を整備しています。 ・研修及び会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っています。 ・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します。 | |
| 身体的拘束 | 入居者を身体拘束いたしません。ただし、やむを得ず拘束を行う場合であっても、ご本人及びご家族の了承を得、拘束が必要な理由及び行った期間を明確にするとともに、改善案を検討いたします。また、職員は身体拘束禁止の研修に参加し、身体拘束を行わないサービスに取り組みます。 | |
| 身体的拘束等適正化委員会の責任者・開催月 | (職名)支配人 | (氏名)籠谷 依里子 |
| | (開催月)(令和6年度中) | 2月 5月 8月 11月 |
| | (内容の職員への周知方法) | 議事録作成と回覧 |
| 身体的拘束等の適正化のための指針の整備状況 | (整備年月日) 平成30年 5月 1日 | |
| 身体的拘束等の適正化のための研修の実施状況 | (開催頻度) | 4回/年 |
| | (直近の実施年月日) | 2025年5月24日 |

(介護サービスの内容)

| | | |
|--------------------------------|----------------|---|
| 特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画等の作成 | | 介護が必要となり介護保険法により、要支援または要介護認定を受けられた入居者は、弊社と特定施設入居者生活介護利用契約及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約を締結していただき、介護サービスを受けていただきます。介護保険のご利用を希望される方は、お申し付けいただけたならば申請手続の代行を責任をもって行います。 |
| 日常生活上の世話 | 食事の提供及び介助 | ①原則として一日三食の食事をレストランにて提供いたします。 ②居室において調理設備を利用して自炊される場合、自炊が衛生上また健康上問題があると認められる場合は、自炊の中止を申し入れることがあります。また、自炊する場合、居室内に設置されている調理器具以外の使用を禁止いたします。 ③レストランで食事をとる場合、決められた時間内に食事を済ませてください。 |
| | 入浴の提供及び介助 | 自ら入浴が困難な利用者に対し、1週間に2回以上、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います。 |
| | 排泄介助 | 介助が必要な利用者に対して、トイレ誘導、排泄の介助やおむつ交換を行います。 |
| | 更衣介助 | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。 |
| | 移動・移乗介助 | あり 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。 |
| | 服薬介助 | あり 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 |
| 機能訓練 | 日常生活動作を通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。 |
| | レクリエーションを通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。 |
| | 器具等を使用した訓練 | なし |
| その他 | 創作活動など | あり |
| | 健康管理 | ナースコールシステム、ドクターやナースによる健康管理システム(ナースによる常時のバイタルチェックとドクターの月2回以上の訪問診療等)により、体調の変化等、もしものときもご安心いただけます。 |
| 施設の利用に当たっての留意事項 | | 管理規定 第4章参照 |
| その他運営に関する重要事項 | | 管理規定 第4章参照 |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の提供 | | なし |

| | | | |
|-------------------|----------------|-----------------------------|----|
| | 入居継続支援加算 | | なし |
| | 生活機能向上連携加算 | | なし |
| | 個別機能訓練加算 | | なし |
| | 夜間看護体制加算 | | あり |
| | ADL維持等加算 | | なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | なし |
| | 協力医療機関連携加算 | | あり |
| | 口腔衛生管理体制加算 | | なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | あり |
| | 退去時情報提供加算 | | あり |
| | 看取り介護加算 | | あり |
| | 認知症専門ケア加算 | | なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | | なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | | なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | | なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (Ⅱ) | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施 | あり | (介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1 以上 | |

(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、入退院の付き添い | |
| | その他の場合: | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人祥風会 みどりクリニック |
| | 住所 | 大阪市住吉区帝塚山東4-2-3 (ホームから12000m) |
| | 診療科目 | 内科、胃腸科、リハビリテーション科、肛門科 |
| | 協力科目 | 内科、胃腸科、リハビリテーション科、肛門科 |
| | 協力内容 | 訪問診療、急変時の対応 その他の場合: |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | さご歯科医院 |
| | 住所 | 大阪府堺市中区深井清水町1459-3 |
| | 協力内容 | 訪問診療 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 | | 一時介護室へ移る場合 | | |
| | | その他の場合: | | |
| 判断基準の内容 | | お二人で入居されている場合、お一人の方が病気等により一般居室において居住することを医師が危険とあると判断した場合。 | | |
| 手続の内容 | | ご入居者の意思を確認し、契約者及び身元引受人の意見を聴いた上で、一時介護室へ移っていただきます。なお、お身体が回復し一般居室での生活が可能となった場合は一般居室に戻っていただきます。 | | |
| 追加的費用の有無 | | なし | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | | 一般居室の利用権は継続します。一時介護室で介護を行う場合の費用は当初の入居一時金及び月額利用料に含まれており、追加の費用はありません。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 ※対象外 | | | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | あり | 変更の内容 | 減少 |
| | 便所の変更 | あり | 変更の内容 | 便所なし |
| | 浴室の変更 | あり | 変更の内容 | 浴室なし |
| | 洗面所の変更 | なし | 変更の内容 | |
| | 台所の変更 | あり | 変更の内容 | 台所なし |
| | その他の変更 | なし | 変更の内容 | |
| 入居後に居室を住み替える場合 | | その他 | | |
| | | その他の場合: 事業者運営の他ホームへの転居 | | |
| 判断基準の内容 | | 心身の状態の変化により、その状態に応じ居室を移動することが適切であると認められる場合。 | | |
| 手続の内容 | | ホームが指定する医師の意見を聴き、一定の経過観察期間を置いた上、入居者・契約者・身元引受人の同意を得て他ホームへ転居することがあります。 | | |
| 追加的費用の有無 | | あり | 追加費用 | 未償却期間の入居一時金及び前払い家賃の差額 |
| 居室利用権の取扱い | | 変更後の居室に移転します。 | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | あり | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | あり | 変更の内容 | 増加減少あり |
| | 便所の変更 | あり | 変更の内容 | 便所なしの場合あり |
| | 浴室の変更 | あり | 変更の内容 | 浴室なしの場合あり |
| | 洗面所の変更 | あり | 変更の内容 | 洗面所なしの場合あり |
| | 台所の変更 | あり | 変更の内容 | 台所なしの場合あり |
| | その他の変更 | なし | 変更の内容 | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|----------------|---|-------------|--|
| 入居対象となる者 | 自立、要支援、要介護 | | |
| 留意事項 | 原則として65歳以上の方。身元引受人には、ご入居者の入居契約上の義務や債務についての連帯保証や身柄引取りの責任があります。また、ご入居者が入院される場合や、事故にあわれた時、亡くなられた場合などに、連絡させて頂く事があります。身元引受人をお立てになられない方は、成年後見制度のご利用をお勧め致します。 | | |
| 契約の解除の内容 | 次の各号の一つに該当する場合には、本件契約は終了する。 1 入居者が死亡したとき(2人入居の場合は、2人とも死亡したとき) 2 事業者が入居契約書第26条に基づき本件契約を解約したとき 3 契約者が入居契約書第27条に基づき本件契約を解約したとき 4 事業者が入居契約書第36条第3項に基づき本件契約を解約したとき | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 【入居契約書第27条】 | |
| | <p>1、事業者は、契約者、入居者又は身元引受人が次の各号の一つに該当し、本契約をこれ以上将来にわたって維持する事が社会通念上著しく困難な場合、契約者、入居者及び身元引受人と協議の上、状況により6ヶ月の予告期間を置いて、本件契約を解約することができる。</p> <p>①入居申込書など契約時及び入居時に契約者、入居者及び身元引受人が事業者へ提出し、又は事業者が確認をした内容に虚偽記載があったとき。</p> <p>②入居一時金、追加入居一時金又は追加負担金を期限までに支払わなかったとき。</p> <p>③本件契約に定める費用の支払いを3回にわたり滞納したとき。</p> <p>④故意又は重大な過失により本件居室又は本件共用施設等を汚損、破損又は滅失し、入居契約書第20条に定める事業者の原状回復の要請に応じないとき。</p> <p>⑤入居者の行動が入居者自身、他の入居者又は事業者の従業員の生命・心身に危害を及ぼし、又はその危害が切迫しており、かつ、通常の介護方法ではこれを防止することができないとき、指針に基づき医師の意見を聴き、一定の期間を置く手続きを行う。</p> <p>⑥ホームにおける共同生活の秩序を乱す行為があったとき</p> <p>⑦その他本件契約の条項に違反したとき</p> <p>2、本件契約締結日から3ヶ月以内に入居者が本件居室に現実に入居せず、かつ事業者が契約者に対して14日以上催告予告期間を定めて入居者の現実の入居を催告してもなお入居者の現実の入居が実現されない場合、事業者は、本件契約を解約することができる。</p> <p>3、前2項の規定により事業者が本件契約を解約した場合、契約者及び入居者は、速やかに本件居室を事業者に対して明け渡さなければならない。</p> | | |
| | 解約予告期間 | 6ヶ月 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 1泊2日(食事付)11,000円(消費税込) 2泊3日(食事付)22,000円(消費税込) |
| 入居定員 | 72人 | | |
| その他 | | | |

5 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数(実人数) | | | 常勤換算人数 | 兼務している職種名及び人数 |
|------------------------|----------|---|-----|--------|---------------|
| | 合計 | | 非常勤 | | |
| | 常勤 | | | | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1 | 生活相談員 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | 0 | 1 | 管理者・計画作成担当者 |
| 直接処遇職員 | 12 | 7 | 4 | 9.4 | |
| 介護職員 | 10 | 6 | 4 | 8.2 | |
| 看護職員 | 2 | 1 | 1 | 1.2 | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 0 | 1 | 0.2 | |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 0.5 | 生活相談員 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 17 | 0 | 17 | - | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| その他職員 | 6 | 0 | 6 | 1.5 | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | 40 時間 |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | | 備考 |
|---------------|----|-----|---|----|
| | 常勤 | 非常勤 | | |
| 介護福祉士 | 5 | 3 | 2 | |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 0 | 0 | 0 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 4 | 3 | 1 | |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | |

(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 | 0 | 1 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 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 (16時半～翌9時半) | | |
|----------------------|------|---------------------|
| | 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 |

(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) | 契約上の職員配置比率 | 2.5 : 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) | 2.4 : 1 |

(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 | 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 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 就業した職員に就いた経験年数に応じた人数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上3年未満 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 3年以上5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 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 | | 利用権方式 |
| 利用料金の支払い方式 | | 選択方式 |
| | | 選択方式の内容 ※該当する方式を全て選択 一時金プラン・年払プラン・月払プラン |
| 年齢に応じた金額設定 | | なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | なし |
| 入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い | | なし 内容: 減額なし |
| 利用料金の改定 | | 条件 |
| | | 事業者は消費者物価及び人件費等を勘案し、費用の額を改定することがある。 運営懇談会において契約者、入居者及び身元引受人等の意見を聴いた上で決定する。 |

(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 | | 自立・要支援・要介護 | 自立・要支援・要介護 |
| | 年齢 | | 75歳 | 80歳 |
| 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 | | 54㎡ | 40㎡ |
| | トイレ | | あり | あり |
| | 洗面 | | あり | あり |
| | 浴室 | | あり | あり |
| | 台所 | | あり | あり |
| | 収納 | | あり | あり |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金(家賃、介護サービス費等) | | 3,300万円 | 2,700万円～2,900万円 |
| | | | | |
| 月額費用の合計 | | | 273,640円～317,640円 | 263,640円～307,640円 |
| 家賃 | | | ※1 | ※1 |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※の費用 | | 介護報酬告示上の額 | 介護報酬告示上の額 |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 83,640円(2,788円/日) | 83,640円(2,788円/日) |
| | | 管理費 | 190,000円 | 180,000円 |
| | | 光熱水費 | 実費 | 実費 |
| | | 生活支援サービス料 | 0～44,000円 | 0～44,000円 |
| 介護保険外サービスの費用 | | 別添2のとおり | 別添2のとおり | |
| 備考 | | | | |
| ※1 月払プランご利用時のみ、321,000円～392,000円(非課税) | | | | |
| ※2 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。) | | | | |
| ※3 食費・管理費・生活支援サービス料は消費税込 | | | | |

(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) | 84ヶ月 | |
| 償却の開始日 | 入居日(入居契約書第3条第1項記載の通りの入居予定日又は入居者の現実の入居日のいずれか早い方の日をいう) | |
| 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) | ゴールドR : 6,756,000円 ゴールドS : 7,252,400円 プラチナ : 8,253,600円 | |
| 初期償却額 | 入居一時金の25% | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | |
| | <p>1 1人入居の場合</p> <p>(1) 追加負担金の支払がない場合 入居一時金から、1日当たりの家賃(入居一時金のうち返還対象部分を、1ヶ月を30日として償却月数で割り返した額)に丙の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>(2) 追加負担金の支払がある場合 入居一時金と追加負担金の合計額から、1日当たりの家賃に丙の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>2 2人入居の場合</p> <p>(1) 追加入居負担金の支払がない場合 追加入居一時金から、1日当たりの追加家賃(追加入居一時金のうち返還対象部分を、1ヶ月を30日として償却月数で割り返した額)に追加入居者の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>(2) 追加入居負担金の支払がある場合 追加入居一時金と追加入居負担金の合計額から、1日当たりの追加家賃に追加入居者の入居日から契約終了日までの日数を乗じた金額を差し引いた金額</p> <p>※原状回復費用は実費をいただきます。</p> | |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | |
| <p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</p> <p>1 1人入居の場合</p> <p>(1) 本件契約終了時の丙の年齢が65歳以上の場合 入居一時金のうち想定居住期間(7年間)の家賃総額×(84ヶ月-入居経過月数)÷84ヶ月 〔入居月及び退去月は1ヶ月を30日として日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>(2) 本件契約終了時の丙の年齢が65歳未満の場合 下記①と②の合計額</p> <p>① 追加負担金×{(丙の入居日が属する月から丙が65歳に達する日が属する月までの月数)-入居経過月数}÷(丙の入居日が属する月から丙が65歳に達する日が属する月までの月数) 〔入居月及び丙が65歳に達する日が属する月は1ヶ月を30日として日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>② 入居一時金のうち想定居住期間(7年間)の家賃総額</p> <p>2 2人入居の場合</p> <p>(1) 本件契約終了時における追加入居者の年齢が65歳以上の場合 追加入居一時金のうち想定居住期間(7年間)の家賃総額×(84ヶ月-入居経過月数)÷84ヶ月 〔入居月及び退去月は1ヶ月を30日として日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>(2) 本件契約終了時における追加入居者の年齢が65歳未満の場合 下記①と②の合計額</p> <p>① 追加入居負担金×{(追加入居者の入居日が属する月から追加入居者が65歳に達する日が属する月までの月数)-入居経過月数}÷(追加入居者の入居日が属する月から丙が65歳に達する日が属する月までの月数) 〔入居月及び追加入居者が65歳に達する日が属する月は1ヶ月を30日として日割計算し、その余の月は月割計算する。〕</p> <p>② 追加入居一時金のうち想定居住期間(7年間)の追加家賃総額</p> <p>※原状回復費用は実費をいただきます。</p> | | |
| 前払金の保全先 | 5 全国有料老人ホーム協会 | |

7 入居者の状況

(入居者の人数)

| | | |
|---------------------|------------|---------|
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 7人 |
| | 85歳以上 | 27人 |
| 要介護度別 | 自立 | 7人 |
| | 要支援1 | 4人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 6人 |
| | 要介護2 | 8人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 2人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 0人 |
| | 6か月以上1年未満 | 2人 |
| | 1年以上5年未満 | 18人 |
| | 5年以上10年未満 | 10人 |
| | 10年以上15年未満 | 3人 |
| | 15年以上 | 1人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 0人 / 0人 |
| 入居者数 | | 34人 |

(入居者の属性)

| | | | | | |
|------|-------|------|-----|-------|------|
| 性別 | 男性 | 9人 | 女性 | 25人 | |
| 男女比率 | 男性 | 26% | 女性 | 74% | |
| 入居率 | 68.9% | 平均年齢 | 90歳 | 平均介護度 | 要介護1 |

(前年度における退去者の状況)

| | | | |
|---------|----------|----------|----|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0人 | |
| | 社会福祉施設 | 0人 | |
| | 医療機関 | 0人 | |
| | 死亡者 | 5人 | |
| | その他 | 0人 | |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | (解約事由の例) | 人 |
| | | | 0人 |
| | 入居者側の申し出 | (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) | | ロングライフ上野芝 苦情相談窓口:管理者 | |
| 電話番号 / FAX | | 072-276-3801 / | |
| 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 | | 無 | |
| 窓口の名称 | | 日本ロングライフ株式会社 お客様相談室 | |
| 電話番号 / FAX | | 0120-550-294 / 06-6373-9197 | |
| 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 | | 1/1のみ | |
| 窓口の名称 | | 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 | |
| 電話番号 / FAX | | 03-5207-2763 | |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00~17:00 | |
| 定休日 | | 火・木・土・日曜、祝日、年末年始 | |
| 窓口の名称 (大阪府国民健康保険団体連合会) | | 大阪府国民健康保険団体連合会 苦情相談担当 | |
| 電話番号 / FAX | | 06-6949-5418 / | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 | |
| 定休日 | | 土曜・日曜・祝日、年末年始(12/29~1/3) | |

(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 | あり | |
| | ありの場合 の内容: | 総合賠償責任保険加入 |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | あり | |
| | ありの場合 の内容: | 死亡、傷害、生産物共に一事故につき限度1億円 |
| 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 | 入居後3ヵ月後にアンケート調査実施 | |
| | | 実施日 | | |
| | | 結果の開示 | なし | |
| 第三者による評価の実施状況 | なし | ありの場合 | | |
| | | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| | | 結果の開示 | | |
| | | 開示の方法 | | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|-------------------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開・入居希望者に交付 |
| 管理規程 | 入居希望者に公開・入居希望者に交付 |
| 事業収支計画書 | 公開していない |
| 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 2回 |
| | | 構成員 | 管理者(職員)及び入居者、契約者、身元引受人 |
| | | 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 | |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 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 | |
| | あり | 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 | あり | ありの場合の提携ホーム名 | 事業者は、契約者、入居者及び身元引受人の同意を得た上で、入居者の居室を他の居室へ変更し、又は事業者の運営するほか施設の居室へ変更することがあります。 |
| 個人情報の保護 | 弊社ならびに弊社の従業員は、入居者及びその家族に関する情報を第三者に漏らしません。また、この情報を保護する義務は契約が終了した後も継続します。 | | |
| 緊急時等における対応方法 | 弊社は、入居者が疾病、負傷等により緊急な治療が必要であると判断した場合、契約者及び身元引受人に事前に確認することなく救急医療機関、協力医療機関、又は入居者の選択による医療機関等、状態に応じて適切な医療機関へ搬送いたします。 | | |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性 | 適合 | 不適合の場合の内容 | |
| 堺市有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項 | なし | | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | | |
| 「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 適合している | | |
| | 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(別に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)

上記の重要事項の内容について、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

西暦

年

月

日

説明者署名

(別添1)事業主体が堺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 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | ラビアンローズ上野芝 | 堺市深井中町880-24 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 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 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | ラビアンローズ上野芝 | 堺市深井中町880-24 |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | |
| 訪問型サービス | なし | | |
| 通所型サービス | なし | | |
| その他の生活支援サービス | なし | | |

(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 | | 備 考 | |
|----------|----------------------------------|-----------------|---|---|--|
| | | | 料金※2(税抜) | | |
| 介護サービス | 食事介助 | あり | あり | 自立の方で、緊急時必要と認められる場合は管理費に含む。 | |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | あり | 自立の方で、緊急時必要と認められる場合は管理費に含む。 | |
| | おむつ代 | | あり | | |
| | 入浴(一般浴)介助・清拭 | あり | なし | 自立の方で、緊急時必要と認められる場合は管理費に含む。 | |
| | 特浴介助 | | | | |
| | 身辺介助(移動・着替え等) | あり | なし | 自立の方で、緊急時必要と認められる場合は管理費に含む。 | |
| | 機能訓練 | あり | なし | | |
| 通院介助 | なし | あり | 協力医療機関:30分以降2,200円/時間 協力医療機関以外:2,200円/時間、交通費別途 | 協力医療機関30分以内は管理費に含む | |
| 口腔衛生管理 | あり | なし | | | |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | あり | 自立の方:2,200円/30分(2名対応) | 自立の方で、緊急時必要と認められる場合は管理費に含む。 |
| | リネン交換 | あり | あり | 居室清掃に含む(リース可) | |
| | 日常の洗濯 | なし | あり | 550円/回 | |
| | 居室配膳・下膳 | あり | あり | 330円/回 または 440円/回 | 自立の方:440円 介護保険をご利用の方:330円(体調不良等により必要と認められる場合を除く) |
| | 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 | 外部サービス |
| | 買い物代行 | なし | あり | 2,200円/回 | 自立の方で、緊急時必要と認められる場合は管理費に含む。 |
| | 役所手続代行 | なし | あり | 2,200円/回 | 自立の方で、緊急時必要と認められる場合は管理費に含む。 |
| 金銭・貯金管理 | | あり | 5,500円/月 | 上限20万円以内 | |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | | あり | 管理費に含む | 年2回の実施の機会を設ける。 |
| | 健康相談 | なし | あり | 管理費に含む | 随時対応。 |
| | 生活指導・栄養指導 | なし | あり | 管理費に含む | 随時対応。 |
| | 服薬支援 | あり | あり | 自立の方:分包:2,200円/月、与薬:220円/回 | 自立の方で、緊急時必要と認められる場合は管理費に含む。 |
| | 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | 管理費に含む | 随時対応。 |
| 入退院のサービス | 移送サービス | なし | なし | | |
| | 入退院時の同行 | あり | あり | 協力医療機関:30分以降2,200円/時間 協力医療機関以外:2,200円/時間、交通費別途 | 協力医療機関30分以内は管理費に含む |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | | あり | 2,200円/時間 | |
| | 入院中の見舞い訪問 | | あり | 2,200円/時間 | 週に1回は管理費に含む |

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。ケアプランに定められた回数を超える分は介護保険外サービス。

※2「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。