

重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2026年8月1日 |
| 記入者名  | 奥林 めぐみ    |
| 所属・職名 | ホーム長（管理者） |

1 事業主体概要

|            |                                   |                                                                     |
|------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 名称         | (ふりがな)かぶしきがいしやらいく<br>株式会社ライク      |                                                                     |
| 法人番号       | 2122001022752                     |                                                                     |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 530-0005<br>大阪府大阪市北区中之島三丁目6番32号 |                                                                     |
| 連絡先        | 電話番号／FAX番号                        | 06-7657-0079 / 06-7657-0080                                         |
|            | メールアドレス                           |                                                                     |
|            | ホームページアドレス                        | <a href="https://www.hanasaki.info/">https://www.hanasaki.info/</a> |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役 / 横山 滋樹                     |                                                                     |
| 設立年月日      | 平成 16年2月3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) らいくはびきの<br>ライク羽曳野        |                                                                                                         |
| 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                   | 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                          | 〒 583-0861<br>大阪府羽曳野市西浦一丁目11番2号 |                                                                                                         |
| 主な利用交通手段                     | 近鉄南大阪線「古市駅」より徒歩6分               |                                                                                                         |
| 連絡先                          | 電話番号                            | 072-957-8899                                                                                            |
|                              | FAX番号                           | 072-957-0099                                                                                            |
|                              | ホームページアドレス                      | <a href="https://www.hanasaki.info/facility/habikino/">https://www.hanasaki.info/facility/habikino/</a> |
| 管理者（職名／氏名）                   | ホーム長（管理者） / 奥林 めぐみ              |                                                                                                         |
| 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 6年6月1日                       | 令和 6年4月24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<br>介護保険事業者番号                  | 2773802976 | 所管している自治体名 | 大阪府 |
| 特定施設入居者生活介護指<br>定日・指定の更新日<br>（直近）         | 指定日        | 指定の更新日（直近） |     |
|                                           | 令和 6年6月1日  |            |     |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護<br>介護保険事業者番号          | 2773802976 | 所管している自治体名 | 大阪府 |
| 介護予防<br>特定施設入居者生活介護指<br>定日・指定の更新日<br>（直近） | 指定日        | 指定の更新日（直近） |     |
|                                           | 令和 6年6月1日  |            |     |

### 3 建物概要

|            |                        |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
|------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------|------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|------|------------------------|
| 土地         | 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               | 平成                                  | 18年1月1日           |                  |                      |                          | ～                    | 令和   | 22年12月31日              |
|            | 面積                     | 1,510.2 m <sup>2</sup>              |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
| 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               | 平成                                  | 18年1月1日           |                  |                      |                          | ～                    | 令和   | 22年12月31日              |
|            | 延床面積                   | 2,003.6 m <sup>2</sup> （うち有料老人ホーム部分 |                   |                  |                      | 2,003.6 m <sup>2</sup> ） |                      |      |                        |
|            | 竣工日                    | 平成                                  | 18年1月17日          |                  |                      | 用途区分                     | 有料老人ホーム              |      |                        |
|            | 耐火構造                   | 耐火建築物                               |                   | その他の場合：          |                      |                          |                      |      |                        |
|            | 構造                     | 鉄骨造                                 |                   | その他の場合：          |                      |                          |                      |      |                        |
|            | 階数                     | 3 階                                 |                   | （地上              | 3 階、地階               |                          | 0 階）                 |      |                        |
|            | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
|            | 居室の<br>状況              | 総戸数                                 | 50 戸              |                  | 届出又は登録（指定）をした室数      |                          |                      |      | 50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、<br>相部屋の定員数等） |
| 介護居室個室     |                        | ○                                   | ○                 | ×                | ×                    | ○                        | 18.00m <sup>2</sup>  | 47   | ワンルーム                  |
| 介護居室個室     |                        | ○                                   | ○                 | ×                | ×                    | ○                        | 20.10m <sup>2</sup>  | 3    | ワンルーム                  |
|            |                        |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
|            |                        |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
|            |                        |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
|            |                        |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
|            |                        |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
|            |                        |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
| 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  |                      |                          |                      | 0 ヶ所 |                        |
|            |                        |                                     |                   | うち車椅子等の対応が可能なトイレ |                      |                          |                      | 1 ヶ所 |                        |
|            | 共用浴室                   | 大浴場                                 | 1 ヶ所              |                  | 個室                   | 2 ヶ所                     |                      |      |                        |
|            | 共用浴室における<br>介護浴槽       | 機械浴                                 | 1 ヶ所              |                  |                      | ヶ所                       |                      | その他： |                        |
|            | 食堂                     | 3 ヶ所                                |                   | 面積               | 66.70 m <sup>2</sup> |                          | 入居者や家族が利用<br>できる調理設備 | あり   |                        |
|            | 機能訓練室                  | 3 ヶ所                                |                   | 面積               | 66.70 m <sup>2</sup> |                          |                      |      |                        |
|            | エレベーター                 | あり（ストレッチャー対応）                       |                   |                  |                      |                          | 1 ヶ所                 |      |                        |
|            | 廊下                     | 中廊下                                 | 2.1 m             |                  | 片廊下                  | 2.1 m                    |                      |      |                        |
|            | 汚物処理室                  | 3 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                                 | 介護職員室             |                  |                      | 通報先から居室までの到着予定時間         |                      |      |                        |
| その他        |                        |                                     |                   |                  |                      |                          |                      |      |                        |
| 消防用<br>設備等 | 消火器                    | あり                                  | 自動火災報知設備          |                  | あり                   | 火災通報設備                   |                      | あり   |                        |
|            | スプリンクラー                | あり                                  | なしの場合<br>（改善予定時期） |                  |                      |                          |                      |      |                        |
|            | 防火管理者                  | あり                                  | 消防計画              |                  | あり                   | 避難訓練の年間回数                |                      | 1 回  |                        |

#### 4 サービスの内容

##### (全体の方針)

|                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針          |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、認知症の状況等利用者の心身の状況を踏まえ、入浴、排泄の自立にて必要な援助のほか食事、離床、着替え、整容その他の日常生活上の世話等、日常を営むことができるよう必要な援助を妥当適切に行うものです。</li> <li>・介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう適切な技術を持って行うものとし、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行います。</li> <li>・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。</li> <li>・事業の実施にあたっては、事業所の所在する市町村、協力医療機関に加え、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるとともに、常に利用者の家族との連携を図り、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めるとともに入居者の外出の機会を確保するよう努めるものとします。</li> <li>・そのほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（1999年3月31日厚生労働省令第37号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。</li> </ul> |
| サービスの提供内容に関する特色   |      | <p>私たちはサービス業の基本であるお客様の満足を第一とし、常に誠意ある介護に努め、お客様の様々なご要望にお応えしています。周辺エリアのうちでもご利用いただきやすい価格を設定し、入居者様やご家族様に安心してご入居いただけるように努力して参ります。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 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             | 委託   | 株式会社テストィパル                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与   | 自ら実施 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 健康管理の支援（供与）       | 自ら実施 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 状況把握・生活相談サービス     | 自ら実施 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 提供内容              |      | 入居契約書第15条～第18条                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| サ高住の場合、常駐する者      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 健康診断の定期検診         |      | 日本予防医学協会                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                   | 提供方法 | 年2回健康診断の機会付与                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス |      | ※別添2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 虐待防止  | <p>①研修を通じて、職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。</p> <p>②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。</p> <p>③職員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整える他入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。</p> <p>④モニタリングを励行し、虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに羽曳野市役所に通報する。</p> <p>⑤虐待を発見したり、その兆候を発見したときには、ホーム長（管理者）に報告する。</p>                                                                                 |
| 身体的拘束 | <p>①身体拘束は原則禁止とし、三原則に照らし合わせ、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、方法や期間を決め、身元引受人へ説明を行い同意書を得ることとする。期間は最長で1カ月とする。</p> <p>②1日1回以上のカンファレンスを行い、身体拘束継続の必要性を判断。</p> <p>③経過観察をし、ケース記録に状況を記録する。</p> <p>④2週間に1回以上、ケース検討会議を開催し、入居者の状況や身体拘束廃止（改善の取り組み）について検討する。</p> <p>⑤1ヶ月に1回以上、身体拘束廃止委員会を開催する。</p> <p>⑥廃止委員会については、ホーム長（管理者）、計画作成担当者、生活相談員、<b>看護スタッフ</b>出席のもと実施。</p> |

#### （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 |           | <p>①計画作成担当者は指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供開始前に、入居者の意向や心身の状況等のアセスメントなどを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容、サービス提供期間等を記載した特定施設サービス計画・介護予防特定施設サービス計画（以下、「計画」という。）を作成する。</p> <p>②計画の作成にあたっては、多様なサービスの提供及び利用に努め、入居者及び家族等に対して、その内容を理解しやすいよう説明し、同意を得たうえで交付するものとする。</p> <p>③計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、入居者の状況やサービスの提供状況について、計画作成担当者に報告する。</p> <p>④計画に記載しているサービス提供期間が終了するまでに、少なくとも1回は、計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行う。</p> <p>⑤計画作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更を行う。</p> |
| 日常生活上の世話                       | 食事の提供及び介助 | 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。<br>また嚥下困難者のためのきざみ食、ソフト食等の提供を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                | 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<br>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<br>介助が必要な利用者に対して、配薬された薬の確認、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<br>利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。                                                                                                                               |                           |  |
|                                                                                                                                                             | 健康管理              | 常に利用者の健康状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を生じます。                                                                                                                                |                           |  |
| 施設の利用に当たっての留意事項                                                                                                                                             |                   | ・ 外出又は外泊しようとするときは、その都度外出外泊先、用件、施設へ帰着する予定日時などを管理者に届出ること。<br>・ 身上に関する重要な事項に変更が生じたときは、速やかに管理者に届出ること。<br>・ ケンカ、口論、泥酔等により、その他、他人に迷惑をかけること。<br>・ 施設の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を生害しないこと。 |                           |  |
| その他運営に関する重要事項                                                                                                                                               |                   | サービス向上のため、職員に対し、人権、身体拘束、虐待、感染症、食中毒、事故対応、認知症ケア、介護技術等の研修を実施している。                                                                                                         |                           |  |
| 短期利用特定施設入居者生活介護の提供                                                                                                                                          |                   | なし                                                                                                                                                                     |                           |  |
| 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<br><br>※1 「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。 | 個別機能訓練加算          |                                                                                                                                                                        | なし                        |  |
|                                                                                                                                                             | 夜間看護体制加算          | （Ⅱ）                                                                                                                                                                    | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 協力医療機関連携加算（※）     | （Ⅰ）                                                                                                                                                                    | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 看取り介護加算           | （Ⅰ）                                                                                                                                                                    | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 認知症専門ケア加算         |                                                                                                                                                                        | なし                        |  |
|                                                                                                                                                             | サービス提供体制強化加算      | （Ⅱ）                                                                                                                                                                    | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 介護職員処遇改善加算        | （Ⅰ）ロ                                                                                                                                                                   | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 入居継続支援加算          |                                                                                                                                                                        | なし                        |  |
|                                                                                                                                                             | 生活機能向上連携加算        |                                                                                                                                                                        | なし                        |  |
|                                                                                                                                                             | 若年性認知症入居者受入加算     |                                                                                                                                                                        | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 口腔・栄養スクリーニング加算    |                                                                                                                                                                        | なし                        |  |
|                                                                                                                                                             | 退院・退所時連携加算        |                                                                                                                                                                        | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 退居時情報連携加算         |                                                                                                                                                                        | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | A D L維持等加算        |                                                                                                                                                                        | なし                        |  |
|                                                                                                                                                             | 科学的介護推進体制加算       |                                                                                                                                                                        | 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       |                                                                                                                                                                        | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 生産性向上推進体制加算       | （Ⅱ）                                                                                                                                                                    | あり                        |  |
|                                                                                                                                                             | 人員配置が手厚い介護サービスの実施 |                                                                                                                                                                        | （介護・看護職員の配置率）<br>3 ： 1 以上 |  |

（併設している高齢者居宅生活支援事業者）

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

|            |        |
|------------|--------|
| 事業所名称      | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 |        |
| 事務者名       | (ふりがな) |
| 併設内容       |        |

（連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者）

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

|            |        |
|------------|--------|
| 事業所名称      | (ふりがな) |
| 主たる事務所の所在地 |        |
| 事務者名       | (ふりがな) |
| 連携内容       |        |

（医療連携の内容）※治療費は自己負担

|                       |                 |                                   |    |
|-----------------------|-----------------|-----------------------------------|----|
| 医療支援                  | 救急車の手配、入退院の付き添い |                                   |    |
|                       | その他の場合：         |                                   |    |
| 協力医療機関                | 名称              | 医療法人ラザロ会 江口クリニック                  |    |
|                       | 住所              | 大阪府羽曳野市栄町4番10号 パレフラックス1F          |    |
|                       | 診療科目            | 脳神経外科、脳神経内科、整形外科                  |    |
|                       | 協力科目            | 脳神経外科、脳神経内科、整形外科                  |    |
|                       | 協力内容            | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | あり |
|                       |                 | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | あり |
|                       | 名称              | 医療法人社団日翔会 生野愛和病院                  |    |
|                       | 住所              | 大阪府大阪市生野区巽南5丁目7番64号               |    |
|                       | 診療科目            | 内科、外科、腎臓内科、整形外科                   |    |
|                       | 協力科目            | 内科、外科、腎臓内科、整形外科                   |    |
|                       | 協力内容            | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | あり |
|                       |                 | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | あり |
| 新興感染症発生時に<br>連携する医療機関 | なし              |                                   |    |
|                       | 名称              |                                   |    |
|                       | 住所              |                                   |    |
| 協力歯科医療機関              | 名称              |                                   |    |
|                       | 住所              |                                   |    |
|                       |                 |                                   |    |

**（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： ；他の介護居室へ移る。 |        |                   |
| 判断基準の内容        |        | 利用者の介助度合に応じて判断。     |        |                   |
| 手続の内容          |        | 居室変更届               |        |                   |
| 追加的費用の有無       |        | なし                  | 追加費用   |                   |
| 居室利用権の取扱い      |        | 継続                  |        |                   |
| 前払金償却の調整の有無    |        | なし                  | 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  | 増減する場合がある。（約2㎡）   |
|                | 便所の変更  | あり                  | 変更の内容  | 設置位置が左右逆転する場合がある。 |
|                | 浴室の変更  | なし                  | 変更の内容  |                   |
|                | 洗面所の変更 | あり                  | 変更の内容  | 設置位置が左右逆転する場合がある。 |
|                | 台所の変更  | なし                  | 変更の内容  |                   |
|                | 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       | 要支援、要介護                    |                                                                    |                       |
| 留意事項           | 要支援、要介護認定を受けているか、申請中の方     |                                                                    |                       |
| 契約の解除の内容       | ①入居者の死亡 ②入居者、又は施設側から解約した場合 |                                                                    |                       |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項                       | 入居者の行動が、他入居者の生命、健康または生活に重大な影響を及ぼす恐れがあり、通常のサービス提供ではこれを防止することができないとき |                       |
|                | 解約予告期間                     | 30日                                                                |                       |
| 入居者からの解約予告期間   | 1 ヶ月                       |                                                                    |                       |
| 体験入居           | あり                         | 内容                                                                 | 空室ある場合のみ可能1泊2日11,000円 |
| 入居定員           | 50 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       |    |     |        |                |
|                        |          | 常勤 | 非常勤 |        |                |
| 管理者                    | 1        | 1  |     | 1.0    |                |
| 生活相談員                  | 1        | 1  |     | 1.0    |                |
| 直接処遇職員                 | 20       | 12 | 8   | 15.3   |                |
| 介護職員                   | 17       | 10 | 7   | 13.1   |                |
| 看護職員                   | 3        | 2  | 1   | 2.2    | 内1名、機能訓練指導員と兼務 |
| 機能訓練指導員                | 1        | 1  |     | 0.1    | 看護職員と兼務        |
| 計画作成担当者                | 1        | 0  | 1   | 0.6    |                |
| 栄養士                    | 0        | 0  | 0   | 0      |                |
| 調理員                    | 0        | 0  | 0   | 0      |                |
| 事務員                    | 0        | 0  | 0   | 0      |                |
| その他職員                  | 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 |          |    |     |        | 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 |    |
| 社会福祉士         |    |    |     |    |
| 介護福祉士         | 11 | 5  | 6   |    |
| 介護福祉士実務者研修修了者 | 2  | 2  | 0   |    |
| 介護職員初任者研修修了者  | 3  | 2  | 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  | 1  | 0   |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復師       |    |    |     |
| 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・介護職員等の人数)

| 夜勤帯の設定時間（ 17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               | 0 人  | 0 人                |
| 介護職員               | 2 人  | 1 人                |
| 生活相談員              | 0 人  | 0 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<br>の利用者に対する看護・<br>介護職員の割合<br>（一般型特定施設以外の<br>場合、本欄は省略）        | 契約上の職員配置比率                           |      | 3 : 1以上 |
|                                                                          | 実際の配置比率<br><br>（記入日時点での利用者数：常勤換算職員数） |      | 2.8 : 1 |
| 外部サービス利用型特定施設である<br>有料老人ホームの介護サービス<br>提供体制（外部サービス利用型特<br>定施設以外の場合、本欄は省略） | ホームの職員数                              | 0 人  |         |
|                                                                          | 訪問介護事業所の名称                           | 該当なし |         |
|                                                                          | 訪問看護事業所の名称                           | 該当なし |         |
|                                                                          | 通所介護事業所の名称                           | 該当なし |         |

(職員の状況)

|                      |           |          |     |      |        |       |     |         |     |         |     |
|----------------------|-----------|----------|-----|------|--------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                  |           | 他の職務との兼務 |     |      |        |       |     | なし      |     |         |     |
|                      |           | 業務に係る資格等 |     |      | 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          |           |          |     |      |        |       |     |         |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満      |          |     | 6    | 1      |       |     |         |     |         |     |
|                      | 1年以上3年未満  | 2        | 1   | 4    | 6      | 1     |     | 1       |     |         | 1   |
|                      | 3年以上5年未満  |          |     |      |        |       |     |         |     |         |     |
|                      | 5年以上10年未満 |          |     |      |        |       |     |         |     |         |     |
|                      | 10年以上     |          |     |      |        |       |     |         |     |         |     |
| 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<br>※該当する方式を全て選択 | 月払い方式                        |
|                            |     |                         | 一部前払い・一部月払い方式                |
| 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：                     | 介護保険サービス利用料金については実績に応じて請求します |
| 利用料金の改定                    | 条件  | 運営懇談会で意見を聴取した上で決定       |                              |
|                            | 手続き | 書面にて報告。契約書の一部変更         |                              |

### (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            |                 | 介護居室個室       | 介護居室個室       |         |
|                                                                                           | 床面積              |                 | 18.00～20.10㎡ | 18.00～20.10㎡ |         |
|                                                                                           | トイレ              |                 | あり           | あり           |         |
|                                                                                           | 洗面               |                 | あり           | あり           |         |
|                                                                                           | 浴室               |                 | なし           | なし           |         |
|                                                                                           | 台所               |                 | なし           | なし           |         |
|                                                                                           | 収納               |                 | あり           | あり           |         |
| 入居時点で必要な費用                                                                                | 前払金（家賃、介護サービス費等） |                 | 0 円          | 1 5 0 万円     |         |
|                                                                                           |                  |                 |              |              |         |
| 月額費用の合計                                                                                   |                  |                 | 223,700円     | 198,700円     |         |
| 家賃                                                                                        |                  |                 | 110,000円     | 85,000円      |         |
| サービス費用                                                                                    | 介護保険外            | 特定施設入居者生活介護※の費用 |              |              |         |
|                                                                                           |                  | 食材費             |              | 29,700円      | 29,700円 |
|                                                                                           |                  | 管理費             |              | 84,000円      | 84,000円 |
|                                                                                           |                  | 状況把握及び生活相談サービス費 |              |              |         |
|                                                                                           |                  |                 |              |              |         |
|                                                                                           |                  |                 |              |              |         |
| 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。）※介護予防・地域密着型の場合を含む。詳細は別添 3 及び 4 のとおりです。 |                  |                 |              |              |         |

**（利用料金の算定根拠等）**

|                      |                                                                              |      |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------|------|
| 家賃                   | 85,000円～110,000円                                                             |      |
| 敷金                   | 家賃の                                                                          | 0ヶ月分 |
|                      | 解約時の対応                                                                       | なし   |
| 前払金                  | 土地建物賃料、借入金金利息等を基礎とし、平均余命を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。 |      |
| 食材費                  | 29,700円                                                                      |      |
| 管理費                  | 84,000円                                                                      |      |
| 状況把握及び生活相談サービス費      | なし                                                                           |      |
|                      |                                                                              |      |
|                      |                                                                              |      |
| 介護保険外費用              | なし                                                                           |      |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 「別添2 有料老人ホームが提供するサービスの一覧表」のとおり                                               |      |
| その他のサービス利用料          | なし                                                                           |      |

**（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※に対する自己負担                       | 要介護状態に応じて介護費用の1割又は2～3割を徴収する。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | なし                           |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |                              |

**（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）                       |                   | 60ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 償却の開始日                              |                   | 入居予定日（契約開始日）の翌日                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） |                   | プラン②=450,000円                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 初期償却額                               |                   | 30%                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了      | <p>入居日の翌日から三ヶ月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。</p> <p>・算定方法<br/> 前払金×想定居住期間償却率（70%）÷想定居住期間の月数÷30×（入居日から契約終了日まで実日数）</p> <p>・「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費用」は、全額返金する。<br/> ※月払い利用料については日割精算を行う。<br/> ※必要な原状回復費用があれば受領する。</p> |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了     | <p>想定居住期間（5年）内に契約終了した場合、下記の計算方式に基づき無利息で返還する。想定居住期間を超えると返還金はなくなるが、追加前払金は不要。</p> <p>計算式：返還金＝前払金償却部分の額の比率（前払金の70%）×（60月－経過月数※）／60月 ※償却起算日の属する月の翌月（償却起算日が1日の場合は当月）から経過した月末回数 退去月について1か月に満たない端数の日数がある場合は、1か月を30日として、別に日割計算する。</p>                                       |
| 前払金の保全先                             | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | 株式会社りそな銀行                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## 7 入居者の状況

### (入居者の人数)

|                     |                 |           |
|---------------------|-----------------|-----------|
| 年齢別                 | 6 5 歳未満         | 0 人       |
|                     | 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | 1 人       |
|                     | 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 17 人      |
|                     | 8 5 歳以上         | 31 人      |
| 要介護度別               | 自立              | 0 人       |
|                     | 要支援 1           | 5 人       |
|                     | 要支援 2           | 5 人       |
|                     | 要介護 1           | 18 人      |
|                     | 要介護 2           | 6 人       |
|                     | 要介護 3           | 5 人       |
|                     | 要介護 4           | 6 人       |
|                     | 要介護 5           | 4 人       |
| 入居期間別               | 6 か月未満          | 5 人       |
|                     | 6 か月以上 1 年未満    | 44 人      |
|                     | 1 年以上 5 年未満     | 0 人       |
|                     | 5 年以上 1 0 年未満   | 0 人       |
|                     | 1 0 年以上 1 5 年未満 | 0 人       |
|                     | 1 5 年以上         | 0 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                |                 | 49 人      |

### (入居者の属性)

|      |      |      |      |        |       |     |
|------|------|------|------|--------|-------|-----|
| 性別   | 男性   | 12 人 |      | 女性     | 37 人  |     |
| 男女比率 | 男性   | 24 % |      | 女性     | 76 %  |     |
| 入居率  | 98 % |      | 平均年齢 | 87.1 歳 | 平均介護度 | 1.8 |

### (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     | 1 人                            |
|         | 死亡者      | 2 人                            |
|         | その他      | 2 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 | 3 人                            |
|         |          | (解約事由の例)<br>・長期入院又は特養入居可能になった等 |

## 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）                  |       | ①ライク羽曳野<br>②株式会社ライク                      |
| 電話番号 / F A X                |       | ①072-957-8899<br>②フリーダイヤル：06-7657-0079 / |
| 対応している時間                    | 平日    | 8：45～17：15                               |
|                             | 土曜    | 8：45～17：15                               |
|                             | 日曜・祝日 | 8：45～17：15                               |
| 定休日                         |       | なし                                       |
| 窓口の名称（所在市町村（保険者））           |       | 大阪府福祉部高齢介護室介護事業者課居宅グループ                  |
| 電話番号 / F A X                |       | 06-6944-7099 / 06-6910-7090              |
| 対応している時間                    | 平日    | 9：00～17：30                               |
| 定休日                         |       | 土・日・祝祭日                                  |
| 窓口の名称<br>（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 苦情相談窓口                    |
| 電話番号 / F A X                |       | 06-6949-5418 /                           |
| 対応している時間                    | 平日    | 9：00～17：00                               |
| 定休日                         |       | 土・日・祝祭日                                  |
| 窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）           |       | 羽曳野市保健福祉部 福祉指導監査課                        |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-947-3860 / 072-947-3633              |
| 対応している時間                    | 平日    | 9：00～17：30                               |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日                                    |
| 窓口の名称<br>（サービス付き高齢者向け住宅所管庁） |       |                                          |
| 電話番号 / F A X                |       | /                                        |
| 対応している時間                    | 平日    |                                          |
| 定休日                         |       |                                          |
| 窓口の名称（虐待の場合）                |       | 羽曳野市保健福祉部 介護予防支援室 地域包括支援課                |
| 電話番号 / F A X                |       | 072-947-3822 / 072-950-1030              |
| 対応している時間                    | 平日    | 9：00～17：30                               |
| 定休日                         |       | 土・日・祝祭日                                  |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                   |               |                |
|-------------------|---------------|----------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況     | 加入先           | 東京海上日動火災保険株式会社 |
|                   | 加入内容          | 賠償責任保険         |
|                   | その他           |                |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 事故対応マニュアルに基づく |                |
| 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  |       |           |
|                                  |    | 実施日    | 随時    |           |
|                                  |    | 結果の開示  | あり    |           |
|                                  |    |        | 開示の方法 | 運営懇談会にて開示 |
| 第三者による評価の実施状況                    | なし | ありの場合  |       |           |
|                                  |    | 実施日    |       |           |
|                                  |    | 評価機関名称 |       |           |
|                                  |    | 結果の開示  |       |           |
|                                  |    |        | 開示の方法 |           |

9 入居希望者への事前の情報開示

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

10 その他

|                                       |                                                           |                                                  |                |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------|--|--|--|--|--|--|
| 運営懇談会                                 | あり                                                        | ありの場合                                            |                |  |  |  |  |  |  |
|                                       |                                                           | 開催頻度                                             | 年 1 回          |  |  |  |  |  |  |
|                                       |                                                           | 構成員                                              | 入居者、家族、ホーム長、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                                        |                |  |  |  |  |  |  |
|                                       | なし                                                        | 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     | なし             |  |  |  |  |  |  |
| 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                                   |                |  |  |  |  |  |  |
| 緊急時等における対応方法                          | 病状の急変などがあった場合は、速やかに入居者の主治医、当事業所の協力医療機関緊急時連絡先（ご家族等）に連絡をする。 |                                                  |                |  |  |  |  |  |  |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性               | 適合                                                        | 不適合の場合の内容                                        |                |  |  |  |  |  |  |
| 羽曳野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                       |                                                           |                                                  |                |  |  |  |  |  |  |
| 「8. 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（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・サービス付高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧）

別添３（介護保険自己負担額（自動計算））

別添４（介護保険自己負担額）

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                 | 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          | あり | ・ 介護付有料老人ホーム<br>花咲<br>・ 介護付有料老人ホーム<br>花咲池田21<br>・ 介護付有料老人ホーム<br>花咲浜寺<br>・ 介護付有料老人ホーム<br>花咲新町 | ・ 八尾市北本町二丁目10番50号<br>・ 池田市井口堂3丁目7番14号<br>・ 堺市西区浜寺石津町中1丁目1-1<br>・ 大阪市西区新町2-15-22 |
| 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         | なし |                                                                                              |                                                                                 |
| 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      | あり | ・ 介護付有料老人ホーム<br>花咲<br>・ 介護付有料老人ホーム<br>花咲池田21<br>・ 介護付有料老人ホーム<br>花咲浜寺<br>・ 介護付有料老人ホーム<br>花咲新町 | ・ 八尾市北本町二丁目10番50号<br>・ 池田市井口堂3丁目7番14号<br>・ 堺市西区浜寺石津町中1丁目1-1<br>・ 大阪市西区新町2-15-22 |
| 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 | なし |  |  |
| 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 |  |  |
| 介護療養型医療施設        | なし |  |  |
| 介護医療院            | 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

|          |                  | 個別の利用料で実施するサービス |                             | 備 考                                     |
|----------|------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
|          |                  |                 | 料金※（税込みの総額）                 |                                         |
| 介護サービス   | 食事介助             | なし              |                             |                                         |
|          | 排せつ介助・おむつ交換      | なし              |                             |                                         |
|          | おむつ代             | あり              | オムツ類（3,600円より）、パット類（910円より） |                                         |
|          | 入浴（一般浴） 介助・清拭    | あり              | 週2回を超えた場合、1回につき1,500円+消費税   |                                         |
|          | 特浴介助             | あり              | 週2回を超えた場合、1回につき1,500円+消費税   |                                         |
|          | 身辺介助（移動・着替え等）    | なし              |                             |                                         |
|          | 機能訓練             | なし              |                             |                                         |
|          | 通院介助             | あり              | 30分1,500円+消費税               | （病院同行、施設に戻られるまで）（協力医療機関以外30分1,500円+消費税） |
|          | 口腔衛生管理           | なし              |                             |                                         |
| 生活サービス   | 居室清掃             | なし              |                             |                                         |
|          | リネン交換            | なし              |                             |                                         |
|          | 日常の洗濯            | なし              |                             |                                         |
|          | 居室配膳・下膳          | なし              |                             |                                         |
|          | 入居者の嗜好に応じた特別な食事  | あり              | 特別食は実費                      |                                         |
|          | おやつ              | あり              |                             | ご家族様で準備                                 |
|          | 理美容師による理美容サービス   | あり              | カット（2,365円より）               |                                         |
|          | 買い物代行            | あり              | 指定日以外30分1,500円（+消費税）        |                                         |
|          | 役所手続代行           | なし              |                             |                                         |
|          | 金銭・貯金管理          | なし              |                             |                                         |
| 健康管理サービス | 定期健康診断           | あり              | 全ての検査は実費（1回8,000円程度）        | 年2回                                     |
|          | 健康相談             | なし              |                             |                                         |
|          | 生活指導・栄養指導        | なし              |                             |                                         |
|          | 服薬支援             | なし              |                             |                                         |
|          | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし              |                             |                                         |
| 入退院のサービス | 移送サービス           | なし              |                             |                                         |
|          | 入退院時の同行          | なし              |                             |                                         |
|          | 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし              |                             |                                         |
|          | 入院中の見舞い訪問        | なし              |                             |                                         |

※1利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2～3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。

**(別添3)介護保険自己負担額(自動計算)**

当施設の地域区分単価

選択→

6級地

10.27円

利用者負担額は、1割を表示しています。但し、法令で定める額以上の所得のある方は、2割又は3割負担となります。

| 基本費用              |        |                                            | 1日あたり（円） |        | 30日あたり（円） |         | 備考                    |
|-------------------|--------|--------------------------------------------|----------|--------|-----------|---------|-----------------------|
| 要介護度              |        | 単位数                                        | 利用料      | 利用者負担額 | 利用料       | 利用者負担額  |                       |
| 要支援 1             |        | 183                                        | 1, 879   | 188    | 56, 382   | 5, 639  |                       |
| 要支援 2             |        | 313                                        | 3, 214   | 322    | 96, 435   | 9, 644  |                       |
| 要介護 1             |        | 542                                        | 5, 566   | 557    | 166, 990  | 16, 699 |                       |
| 要介護 2             |        | 609                                        | 6, 254   | 626    | 187, 632  | 18, 764 |                       |
| 要介護 3             |        | 679                                        | 6, 973   | 698    | 209, 199  | 20, 920 |                       |
| 要介護 4             |        | 744                                        | 7, 640   | 764    | 229, 226  | 22, 923 |                       |
| 要介護 5             |        | 813                                        | 8, 349   | 835    | 250, 485  | 25, 049 |                       |
|                   |        |                                            | 1日あたり（円） |        | 30日あたり（円） |         |                       |
| 加算費用              | 算定の有無等 | 単位数                                        | 利用料      | 利用者負担額 | 利用料       | 利用者負担額  | 算定回数等                 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）       | なし     |                                            |          |        |           |         |                       |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ）       | なし     |                                            |          |        |           |         | 1月につき                 |
| 夜間看護体制加算          | （Ⅱ）    | 9                                          | 92       | 10     | 2, 772    | 278     |                       |
| 協力医療機関連携加算        | （Ⅰ）    | 100                                        | －        | －      | 1, 027    | 103     | 1月につき                 |
| 看取り介護加算           | （Ⅰ）    | 72                                         | 739      | 74     | －         | －       | 死亡日以前31日以上45日以下（最大    |
|                   |        | 144                                        | 1, 478   | 148    | －         | －       | 死亡日以前4日以上30日以下（最大27   |
|                   |        | 680                                        | 6, 983   | 699    | －         | －       | 死亡日以前2日又は3日（最大2日間）    |
|                   |        | 1, 280                                     | 13, 145  | 1, 315 | －         | －       | 死亡日                   |
| 認知症専門ケア加算         | なし     |                                            |          |        |           |         |                       |
| サービス提供体制強化加算      | （Ⅱ）    | 18                                         | 184      | 19     | 5, 545    | 555     |                       |
| 介護職員処遇改善加算ロ       | （Ⅰ）    | （介護予防）特定施設入居者生活介護＋加算単位数（特定処遇改善加算を除く）×15.9% |          |        |           |         |                       |
| 入居継続支援加算          | なし     |                                            |          |        |           |         |                       |
| 身体拘束廃止未実施減算       | なし     |                                            |          |        |           |         |                       |
| 生活機能向上連携加算        | なし     |                                            |          |        |           |         | 1月につき                 |
| 若年性認知症入居者受入加算     | あり     | 120                                        | 1, 232   | 124    | 36, 972   | 3, 698  |                       |
| 口腔・栄養スクリーニング加算    | なし     |                                            |          |        |           |         | 1回につき                 |
| 退院・退所時連携加算        | あり     | 30                                         | 308      | 31     | 9, 243    | 925     |                       |
| 退去時情報連携加算         | あり     | 250                                        | 2, 567   | 257    | －         | －       | 1回につき                 |
| A D L維持等加算        | なし     |                                            |          |        |           |         | 1月につき                 |
| 科学的介護推進体制加算       | なし     |                                            |          |        |           |         | 1月につき                 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | なし     |                                            |          |        |           |         | 1月につき                 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | なし     |                                            |          |        |           |         | 1月につき                 |
| 新興感染症等施設療養費       | あり     | 240                                        | 2, 464   | 247    | －         | －       | 1日につき（1月1回連続する5日間を限度） |
| 生産性向上推進体制加算       | （Ⅱ）    | 10                                         | －        | －      | 102       | 11      | 1月につき                 |

**(別添4) 介護保険自己負担額**

① 介護報酬額の自己負担基準表(介護保険報酬額の1割、2割又は3割を負担していただきます。)

|                                        | 単位                              | 介護報酬額/月                                            | 自己負担分/月<br>(1割負担の場合) | 自己負担分/月<br>(2割負担の場合) | 自己負担分/月<br>(3割負担の場合) |
|----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 要支援1                                   | 183単位/日                         | 56,382円                                            | 5,639円               | 11,277円              | 16,915円              |
| 要支援2                                   | 313単位/日                         | 96,435円                                            | 9,644円               | 19,287円              | 28,931円              |
| 要介護1                                   | 542単位/日                         | 166,990円                                           | 16,699円              | 33,398円              | 50,097円              |
| 要介護2                                   | 609単位/日                         | 187,632円                                           | 18,764円              | 37,527円              | 56,290円              |
| 要介護3                                   | 679単位/日                         | 209,199円                                           | 20,920円              | 41,840円              | 62,760円              |
| 要介護4                                   | 744単位/日                         | 229,226円                                           | 22,923円              | 45,846円              | 68,768円              |
| 要介護5                                   | 813単位/日                         | 250,485円                                           | 25,049円              | 50,097円              | 75,146円              |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ)                            | 12単位/日                          | 3,697円                                             | 370円                 | 740円                 | 1,110円               |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)                            | 20単位/日                          | 6,162円                                             | 617円                 | 1,233円               | 1,849円               |
| 夜間看護体制加算(Ⅰ)                            | 18単位/日                          | 5,546円                                             | 555円                 | 1,110円               | 1,664円               |
| 夜間看護体制加算(Ⅱ)                            | 9単位/日                           | 2,773円                                             | 278円                 | 555円                 | 832円                 |
| 協力医療機関連携加算(Ⅰ)                          | 100単位/月                         | 30,810円                                            | 3,081円               | 6,162円               | 9,243円               |
| 協力医療機関連携加算(Ⅱ)                          | 10単位/月                          | 3,081円                                             | 309円                 | 617円                 | 925円                 |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日以前31日以上45日以下)        | 72単位/日                          | 11,091円                                            | 1,110円               | 2,219円               | 3,328円               |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日以前4日以上30日以下)         | 144単位/日                         | 39,906円                                            | 3,991円               | 7,982円               | 11,972円              |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日以前2日又は3日)            | 680単位/日                         | 13,966円                                            | 1,397円               | 2,794円               | 4,190円               |
| 看取り介護加算(Ⅰ)<br>(死亡日)                    | 1,280単位/日                       | 13,145円                                            | 1,315円               | 2,629円               | 3,944円               |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日以前31日以上45日以下)        | 572単位/日                         | 88,116円                                            | 8,812円               | 17,624円              | 26,435円              |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日以前4日以上30日以下)         | 644単位/日                         | 178,574円                                           | 17,858円              | 35,715円              | 53,573円              |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日以前2日又は3日)            | 1,180単位/日                       | 48,474円                                            | 4,848円               | 9,695円               | 14,543円              |
| 看取り介護加算(Ⅱ)<br>(死亡日)                    | 1,780単位/日                       | 18,280円                                            | 1,828円               | 3,656円               | 5,484円               |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)                           | 3単位/日                           | 924円                                               | 93円                  | 185円                 | 277円                 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)                           | 4単位/日                           | 1,232円                                             | 124円                 | 247円                 | 370円                 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)                        | 22単位/日                          | 6,778円                                             | 678円                 | 1,356円               | 2,034円               |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)                        | 18単位/日                          | 5,545円                                             | 555円                 | 1,109円               | 1,664円               |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)                        | 6単位/日                           | 1,848円                                             | 185円                 | 370円                 | 555円                 |
| 介護職員等処遇改善加算<br>(Ⅰ)～(Ⅳ)<br>(Ⅴ)～(Ⅰ)～(14) | (Ⅰ)                             | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の159/1000 左記の単位数×地域区分 の負担割合分 |                      |                      |                      |
| 入居継続支援加算(Ⅰ)                            | 36単位/日                          | 11,091円                                            | 1,110円               | 2,219円               | 3,328円               |
| 入居継続支援加算(Ⅱ)                            | 22単位/日                          | 6,778円                                             | 678円                 | 1,356円               | 2,034円               |
| 身体拘束廃止未実施減算                            | 所定単位数の10/100に相当する単位数を所定の単位数から減算 |                                                    |                      |                      |                      |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ)                          | 100単位/月                         | 1,027円                                             | 103円                 | 206円                 | 309円                 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                          | 200単位/月                         | 2,054円                                             | 206円                 | 411円                 | 617円                 |
| 若年性認知症入居者受入加算                          | 120単位/日                         | 36,972円                                            | 3,698円               | 7,395円               | 11,092円              |
| 口腔・栄養スクリーニング加算                         | 20単位/日                          | 205円                                               | 21円                  | 41円                  | 62円                  |
| 退院・退所時連携加算                             | 30単位/回                          | 9,243円                                             | 925円                 | 1,849円               | 2,773円               |
| 退居時情報提供加算                              | 250単位/月                         | 77,025円                                            | 7,703円               | 1,541円               | 23,108円              |
| ADL維持等加算(Ⅰ)                            | 30単位/月                          | 308円                                               | 31円                  | 62円                  | 93円                  |
| ADL維持等加算(Ⅱ)                            | 60単位/月                          | 616円                                               | 62円                  | 124円                 | 185円                 |
| 科学的介護推進体制加算                            | 40単位/月                          | 410円                                               | 41円                  | 82円                  | 123円                 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)                      | 10単位/月                          | 3,081円                                             | 309円                 | 617円                 | 925円                 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)                      | 5単位/月                           | 1,541円                                             | 155円                 | 309円                 | 463円                 |
| 新興感染症等施設療養費<br>(月1回連続5日を限度)            | 240単位/日                         | 12,324円                                            | 1,233円               | 2,465円               | 3,698円               |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)                         | 100単位/月                         | 30,810円                                            | 3,081円               | 6,162円               | 9,243円               |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)                         | 10単位/月                          | 102円                                               | 11円                  | 21円                  | 31円                  |

※生活機能向上連携加算

個別機能訓練加算を算定している場合、(Ⅰ)は算定できず、(Ⅱ)を算定する場合は100単位を算定する。

・1ヶ月は30日で計算しています。

②要支援・要介護別介護報酬と自己負担

| 介護報酬 |         | 要支援1    | 要支援2     | 要介護1     | 要介護2     | 要介護3     | 要介護4     | 要介護5     |
|------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|      |         | 63,663円 | 108,081円 | 189,409円 | 212,301円 | 236,220円 | 258,424円 | 281,993円 |
| 自己負担 | (1割の場合) | 6,366円  | 10,808円  | 18,941円  | 21,230円  | 23,622円  | 25,842円  | 28,199円  |
|      | (2割の場合) | 12,733円 | 21,616円  | 37,882円  | 42,460円  | 47,244円  | 51,685円  | 56,399円  |
|      | (3割の場合) | 19,099円 | 32,424円  | 56,823円  | 63,690円  | 70,866円  | 77,527円  | 84,598円  |

・本表は、個別機能訓練加算(Ⅰ)及びサービス提供体制強化加算(Ⅰ)を算定する場合の例です。  
介護職員等処遇改善加算の加算額の自己負担分については別途必要となります。