別紙様式

# 重要事項説明書

| | |
|---|---|
| 記入年月日 | 2026年7月1日 |
| 記入者名 | 速水　隆生 |
| 所属・職名 | 管理者 |

## 1 事業主体概要

| | | |
|---|---|---|
| 名称 | （ふりがな）かぶしきがいしゃ　ふぉるて<br>株式会社　フォルテ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　540-0012<br>大阪府大阪市中央区谷町二丁目２番２２号 | |
| 連絡先 | 電話番号／ＦＡＸ番号 | 06-6966-1600/06-6867-7313 |
| | メールアドレス | jimukyoku@teno-forte.com |
| | ホームページアドレス | https://www.forte-k.com/ |
| 代表者（職名／氏名） | 代表取締役　／　池内　比呂子 | |
| 設立年月日 | 2019年1月15日 | |
| 主な実施事業 | ※別添１（別に実施する介護サービス一覧表）<br>介護事業、コンサルティング事業 | |

## 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）じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ　かれったはうすとよなか・はま<br>住宅型有料老人ホーム　カレッタハウス豊中・浜 | |
| 届出・登録の区分 | 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第２９条第１項に規定する届出 | |
| 有料老人ホームの類型 | 住宅型 | |
| 所在地 | 〒　561-0817<br>大阪府豊中市浜3丁目1-1 | |
| 主な利用交通手段 | 阪急宝塚線 庄内駅より徒歩12分(距離:1.0km) | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6152-5440 |
| | ＦＡＸ番号 | 06-6152-5740 |
| | ホームページアドレス | https://forte-k.wixsite.com/toyonaka |
| 管理者（職名／氏名） | 管理者　／　速水　隆生 | |
| 開設日／届出受理日・登録日（登録番号） | 届出受理日<br>2019年　5月　17日 | 事業開始<br>2019年7月1日 |

## 3 建物概要

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 土地 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | あり | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 2018年9月1日 ～ 2048年8月31日 | | | | | | | |
| | 面積 | 520.4 ㎡ | | | | | | | |
| 建物 | 権利形態 | 賃借権 | 抵当権 | あり | 契約の自動更新 | あり | | | |
| | 賃貸借契約の期間 | 2018年9月1日 ～ 2048年8月31日 | | | | | | | |
| | 延床面積 | 905.3 ㎡（うち有料老人ホーム部分 905.3 ㎡） | | | | | | | |
| | 竣工日 | 2018年9月30日 | | | 用途区分 | 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 階） | | | | | | | |
| | サ高住に登録している場合、登録基準への適合性 | | | | | | | | |
| 居室の状況 | 総戸数 | 32 戸 | | 届出又は登録をした室数 | | | 32 室 | | |
| | 部屋タイプ | トイレ | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | 面積 | 室数 | 備考（部屋タイプ、相部屋の定員数等） |
| | 一般居室個室 | ○ | ○ | × | × | ○ | 9.568㎡ | 32 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 共用施設 | 共用トイレ | 3 か所 | | うち男女別の対応が可能なトイレ 0 か所 | | | | | |
| | | | | うち車椅子等の対応が可能なトイレ 3 か所 | | | | | |
| | 共用浴室 | 個室 3 か所 | | か所 | | | | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | チェアー浴 1 か所 | | か所 | | | その他： | | |
| | 食堂 | 1 か所 | 面積 72.1 ㎡ | | | | 入居者や家族が利用できる調理設備 | | なし |
| | 機能訓練室 | か所 | 面積 ㎡ | | | | | | |
| | エレベーター | あり（車椅子対応） 1 か所 | | | | | | | |
| | 廊下 | 中廊下 1.895 m 片廊下 m | | | | | | | |
| | 汚物処理室 | 3 か所 | | | | | | | |
| | 緊急通報装置 | 居室 あり | トイレ あり | 浴室 あり | 脱衣室 あり | | | | |
| | | 通報先 事務所・スタッフPHS | 通報先から居室までの到着予定時間 2分以内 | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | あり | 自動火災報知設備 あり | 火災通報設備 あり | | | | | |
| | スプリンクラー | あり | なしの場合（改善予定時期） | | | | | | |
| | 防火管理者 | あり | 消防計画 | あり | 避難訓練の年間回数 2 回 | | | | |

## 4 サービスの内容

**（全体の方針）**

| | | |
|---|---|---|
| 運営に関する方針 | | 高齢者が安全で快適に、且つ自由な生活環境を維持できるように配慮した運営を行う。生活にあたっては、個人の尊厳が確保できるように、また、サポート体制が必要になった場合は訪問介護サービスを受けられる体制を支援する。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | | 見守りとコミュニケーションを重視したサービス |
| 各サービスの提供形態 | | |
| サービス種類 | 提供形態 | 委託業者名等 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 自ら実施 | |
| 食事の提供 | 自ら実施 | |
| 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 | |
| 上記サービスの提供内容 | | 「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」のとおり |
| 状況把握・生活相談サービス | 自ら実施 | |
| 提供内容 | | 毎日23時、2時5時に居室訪問による安否確認・状況把握を行う |
| サ高住の場合、常駐する者 | | |
| 健康診断の定期検診 | 委託 | 一般財団法人 大阪市環境保健協会 |
| 提供方法 | | 協力医療機関による訪問診療 |
| 虐待防止に関する方針 | | ①虐待に関する責任者は施設長です。<br>②従業員に対し、虐待防止研修を実施している。<br>③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。<br>④職員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。<br>⑤職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。 |
| 身体的拘束に関する方針 | | ①身体拘束は原則禁止としており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で１カ月）を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね１カ月毎行う。）<br>②経過観察及び記録をする。<br>③２週間に１回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。<br>④１ヵ月に１回以上、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。 |

**（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 | |
| | その他の場合： | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人慶春会　いたみホームクリニック |
| | 住所 | 兵庫県伊丹市西台1-1-1　伊丹阪急駅ビル リータ 5階 |
| | 診療科目 | 内科 |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 |
| | 名称 | 医療法人良樹会　T内科クリニック　よどがわ院 |
| | 住所 | 大阪府大阪市淀川区塚本4-1-7 |
| | 診療科目 | 内科・訪問診療・精神科 |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 |
| | 名称 | 医療法人篤友会　千里山病院 |
| | 住所 | 大阪府豊中市東寺内町5番25号 |
| | 診療科目 | 内科・訪問診療・精神科 |
| | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 |
| | | 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 花谷歯科医院 |
| | 住所 | 大阪府大阪市生野区巽北4-4-23 |
| | 協力内容 | 訪問診療 |
| | | その他の場合： |

**（入居後に居室を住み替える場合）【住み替えを行っていない場合は省略】**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | | | |
| | | その他の場合： | | |
| 判断基準の内容 | | | | |
| 手続の内容 | | | | |
| 追加的費用の有無 | | | 追加費用 | |
| 居室利用権の取扱い | | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | | | 調整後の内容 | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | | 変更の内容 | |
| | 便所の変更 | | 変更の内容 | |
| | 浴室の変更 | | 変更の内容 | |
| | 洗面所の変更 | | 変更の内容 | |
| | 台所の変更 | | 変更の内容 | |
| | その他の変更 | | 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 | ①要支援、要介護の認定を受けた方<br>②共同生活を営める方<br>③自傷・他害行為の無い方 | | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が死亡したとき<br>②事業者が第30条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき<br>③入居者が第31条に基づき解約を行ったとき | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | | ①入居申込書に虚偽の事項を記載するなど、不正手段により入居したとき<br>②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき、又は2ヶ月以上滞納したとき<br>③第20条の規定に違反したとき<br>④入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、且つ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事ができないとき<br>⑤第37条の規定に基づき相当の理由なく、身元引受人を定められないとき<br>⑥共同生活の秩序を乱す行為があったとき |
| | 解約予告期間 | | 30日 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30 日 | | |
| 体験入居 | あり | 内容 | 1泊8000円（最長7日まで）<br>食事代は別途かかります |
| 入居定員 | 32 人 | | |
| その他 | | | |

## 5 職員体制

**（職種別の職員数）**

| | 職員数（実人数） | | | 兼務している職種名及び人数 |
|---|---|---|---|---|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | | 1 | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | 11 | |
| 介護職員 | 11 | | 11 | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 6 | | 6 | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | 2 | | 2 | |

**（資格を有している介護職員の人数）**

| | 合計 | | | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 介護福祉士 | 7 | | 7 | |
| 介護職員初任者研修修了者 | 4 | | 4 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**（資格を有している機能訓練指導員の人数）**

| | 合計 | | |
|---|---|---|---|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |
| 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（20時～7時） | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 平均人数 | | 最少時人数（宿直者・休憩者等を除く） | |
| 看護職員 | | 人 | | 人 |
| 介護職員 | 1 | 人 | 0 | 人 |
| 生活相談員 | | 人 | | 人 |
| | | 人 | | 人 |

**（職員の状況）**

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | | なし | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 業務に係る資格等 | | なし | 資格等の名称 | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | | | | 3 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | 1 | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 1年未満 | | | | 2 | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | | 1 | | | | | | |
| 3年以上5年未満 | | | | 0 | | | | | | |
| 5年以上10年未満 | | | | 8 | | | | | | |
| 10年以上 | | | | 0 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | あり | | | | | | | | | |

## 6 利用料金

**（利用料金の支払い方法）**

| | | |
|---|---|---|
| 居住の権利形態 | 利用権方式 | |
| 利用料金の支払い方式 | 月払い方式 | |
| | 選択方式の内容<br>※該当する方式を全て選択 | 口座から自動振替とします。 |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | あり　　生活管理費 | |
| | 内容：　家賃は全額負担です。<br>食費は食材発注の都合により連絡を受けてから5日目までの費用は発生しますのでご了承ください。<br>建物管理費は発生しますが、30日以上の長期不在は生活管理費は不要です。<br>電気代は、長期不在でも基本料金が発生します。 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 物価変動、人件費上昇により、2年に1回改訂する場合がある |
| | 手続き | 改定にあたっては、事業者は入居者様及び身元引受人様等へ事前に通知します。 |

**（代表的な利用料金のプラン）**

| | | プラン1 | |
|---|---|---|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 1～5 | |
| | 年齢 | 65歳以上 | |
| 居室の状況 | 部屋タイプ | 一般居室個室 | |
| | 床面積 | 13.49㎡ | |
| | トイレ | あり | |
| | 洗面 | あり | |
| | 浴室 | なし | |
| | 台所 | なし | |
| | 収納 | あり | |
| 入居時点で必要な費用 | その他 | 連帯保証会社費用27,000円 | |
| | 損害保険料 | 7,500円 | |
| 月額費用の内訳 | | | |
| | 家賃 | 42,000円 | （前払い） |
| | 食費 | 45,330円 | （後払い） |
| | 管理費 | 建物管理費/23,000円<br>医療連携管理費/3,300円 | （前払い） |
| | 電気代 | 基本料金1,540円<br>+居室使用分実費 | （後払い） |
| | | | |
| | 状況把握・生活相談サービス費 | 生活管理費/15,400円 | （前払い） |
| | サービスの費用 | 場合によっては別添２の料金を頂戴することがございます。 | |
| 備考<br>有料老人ホーム事業として受領する費用のみを記入している。（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。）<br>＊入居時点で必要な費用として、株式会社イントラスト（連帯保証会社）　初年度年額27,000円 | | | |

**（利用料金の算定根拠等）**

| | | |
|---|---|---|
| 家賃 | 建物の賃借料を基礎として、1室あたりの家賃を算出 | |
| 敷金 | 家賃の　　約3.5 か月分 | |
| | 解約時の対応 | 原状回復費相殺して返金 |
| 前払金 | | |
| 食費 | 厨房人件費、1日3食提供するための費用 | |
| 管理費 | 建物維持管理費 | |
| 状況把握及び生活相談サービス費 | 生活サービスを提供する費用 | |
| 電気代 | 実費 | |
| | | |
| その他介護サービス費 | 「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」のとおり | |
| | | |

**（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） | | |
| 償却の開始日 | | |
| 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） | | |
| 初期償却額 | | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | |
| 前払金の保全先 | | |
| | | |

## 7 入居者の状況

**（入居者の人数）**

| | | |
|---|---|---|
| 年齢別 | 65歳未満 | 1 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 17 人 |
| | 85歳以上 | 12 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援1 | 0 人 |
| | 要支援2 | 0 人 |
| | 要介護1 | 4 人 |
| | 要介護2 | 3 人 |
| | 要介護3 | 13 人 |
| | 要介護4 | 8 人 |
| | 要介護5 | 3 人 |
| 入居期間別 | 6か月未満 | 3 人 |
| | 6か月以上1年未満 | 3 人 |
| | 1年以上5年未満 | 25 人 |
| | 5年以上10年未満 | 人 |
| | 10年以上 | 人 |
| 喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人 | | 0 人 ／ 人 |
| 入居者数 | | 31 人 |

**（入居者の属性）**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 10 人 | | 女性 | 21 人 |
| 男女比率 | 男性 | 32 % | | 女性 | 68 % |
| 入居率 | 96.875 % | 平均年齢 | 85.2 歳 | 平均介護度 | 3.58 |

**（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 | 3 人 |
| | 医療機関 | 人 |
| | 死亡者 | 5 人 |
| | その他 | 0 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 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>他施設転居の為 |

## 8 苦情･事故等に関する体制

**（利用者からの苦情･虐待に対する窓口等の状況）**

| | | |
|---|---|---|
| 窓口の名称（設置者） | | 株式会社　フォルテ |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 06-6966-1600　／　06-6867-7313 |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～18：00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土日祝 |
| 窓口の名称（有料所管庁） | | 豊中市福祉部長寿社会政策課 |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 06-6858-2838　／　06-6858-3146 |
| 対応している時間 | 平日 | 8：45～17：15 |
| 定休日 | | 土日祝　12月29日～1月3日 |
| 窓口の名称（サ高住所管庁） | | |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | ／ |
| 対応している時間 | 平日 | |
| 定休日 | | |
| 窓口の名称<br>（豊中市健康福祉サービス苦情調整委員会） | | 話して安心、困りごと相談<br>（豊中市健康福祉サービス苦情調整委員会） |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 06-6858-2815　／　06-6854-4344 |
| 対応している時間 | 平日 | 9：00～17：15 |
| 定休日 | | 土日祝　12月29日～1月3日 |
| 窓口の名称（虐待の場合） | | 豊中市福祉部長寿安心課 |
| 電話番号　/　ＦＡＸ | | 06-6858-2866　／　06-6858-3611 |
| 対応している時間 | 平日 | 8：45～17：15 |
| 定休日 | | 土日祝　12月29日～1月3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 | 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 |
| | 加入内容 | 事業者総合保険 |
| | 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き、速やかに対応します。 | |
| 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 | | 意見箱の設置 | |
| | | | 実施日 | 年に1回 | |
| | | | 結果の開示 | あり | |
| | | | | 開示の方法 | ホームページ |
| 第三者による評価の実施状況 | あり | ありの場合 | | | |
| | | | 実施日 | 2年に1回 | |
| | | | 評価機関名称 | 株式会社　介護事業研究会 | |
| | | | 結果の開示 | あり | |
| | | | | 開示の方法 | 運営懇談会 |

## 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 | 入居希望者に公開 |
| 財務諸表の原本 | 入居希望者に公開 |

## 10 その他

<table>
<tr><td rowspan="4">運営懇談会</td><td rowspan="4">あり</td><td colspan="3">ありの場合</td></tr>
<tr><td>開催頻度</td><td>年　　2 回</td></tr>
<tr><td>構成員</td><td>①ホームを代表する役職及び入居者全員<br>②要介護者等については、その身元引受人等(成年後見制度に基づく後見人等)<br>③ホームを代表する役員(代表)が、必要に応じて出席</td></tr>
<tr><td colspan="2">なしの場合の代替措置の内容</td><td></td></tr>
<tr><td>提携ホームへの移行</td><td>なし</td><td>ありの場合の提携ホーム名</td><td></td></tr>
<tr><td>個人情報の保護</td><td colspan="4">業務上知り得た入居者及びその家族に関する秘密並びに個人応報については<br>個人情報保護法を厳守してその保護に努め、入居者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も、第三者に漏らすことはない。</td></tr>
<tr><td>緊急時等における対応方法</td><td colspan="4">入居者の避難等適切な処置を行う。地域の協力機関と連携を図り、定期的に避難訓練を行う</td></tr>
<tr><td>大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性</td><td>適合</td><td>不適合の場合の内容</td><td></td></tr>
<tr><td>豊中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</td><td colspan="4">あり</td></tr>
<tr><td>合致しない事項がある場合の内容</td><td colspan="4">居室面積13.49㎡も、内法では13㎡に満たない</td></tr>
<tr><td rowspan="2">「７．既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>代替措置等の内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>不適合事項がある場合の入居者への説明</td><td colspan="4">居室面積以外は全て豊中市有料老人ホーム設置運営指導指針の基準を満たしており、生活への支障はない旨、全ての入居者へ説明を行う</td></tr>
<tr><td>上記項目以外で合致しない事項</td><td colspan="4">なし</td></tr>
<tr><td>合致しない事項の内容</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>代替措置等の内容</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>不適合事項がある場合の入居者への説明</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

添付書類：別添１　事業主体が豊中市で実施する他の介護保険事業所一覧表

別添２　有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

上記の重要事項の内容、並びに、介護保険サービス、医療サービス等、高齢者生活支援サービス等及びその他のサービス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。

年　　月　　日

（入居者）

住　所

氏　名　　印

（入居者代理人）

住　所

氏　名　　様　　印

上記の重要事項の内容、並びに、介護保険サービス、医療サービス等、高齢者生活支援サービス等及びその他のサービスの提供事業者を自由に選択できることについて、入居者、入居者代理人に説明しました。

（事業者）

説明者氏名　　速水　隆生　　印

**（別添1）事業主体が豊中市で実施する他の介護保険事業所一覧表**

| 介護保険サービスの種類 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|---|---|---|---|
| ＜居宅サービス＞ | | | |
| 訪問介護 | なし | | |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 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 | | |
| ＜介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | なし | | |
| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 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

| サービスの種類 | | 提供の有無 | 料金（税抜）※ | 備　　考 |
|---|---|---|---|---|
| 介護サービス | 食事介助 | あり | 10,000円/月 | 配膳・下膳、介助を本人の身体的状況と希望に合わせて食堂又は居室において機能低下に陥らないような工夫を考慮して行う。 |
| | 排せつ介助・おむつ交換 | あり | 10,000円/月 | 定時に、本人の身体的状況と希望を考慮して機能低下に陥らない方法で行う。 |
| | おむつ代 | あり | 実費 | |
| | 入浴（一般浴）　介助・清拭 | あり | 10,000円/月 | 清拭は各居室で行う。入浴は身体的状況に合わせて個浴か特浴にて行う。本人の身体的状況と希望を考慮して、安全な方法で行う。 |
| | 特浴介助 | あり | | |
| | 身辺介助（移動・着替え等） | あり | 10,000円/月 | モーニングケア・ナイトケア:本人の身体的状況と希望に合わせて適時行う。 |
| | 機能訓練 | あり | 生活リハビリ | |
| | 通院介助 | あり | 800円/30分 | 本人の希望又は医師により受診が必要と認められた場合は交通費及び医療費の本人負担により医療機関を受診する。<br>付添の希望がない状態で身体的に不添が必要と判断したときは家族に付き添っていただくか、当ホームのサービスを利用して頂くよう説明する。 |
| 生活サービス | 居室清掃 | あり | 5,000円/月 | 週2回以上(必要により回数を増やす) |
| | リネン交換 | あり | 5,000円/月 | 週2回以上(必要により回数を増やす) |
| | 日常の洗濯 | あり | 5,000円/月 | |
| | 居室配膳・下膳 | あり | 3,000円/月　(1回あたり50円) | 希望により1日3回行う。 |
| | 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | なし | | |
| | おやつ | なし | | |
| | 理美容師による理美容サービス | あり | 実費<br>(理美容院への付添又は送迎が必要な場合は別途請求) | 理美容師の派遣によりホームで行う場合に希望があった時、もしくは理美容院に行く場合のいずれも実費を本人負担とする。 |
| | 買い物代行 | あり | 800円/30分(交通費別途支給) | |
| | 役所手続代行 | あり | 800円/30分(交通費別途支給) | |
| | 金銭・貯金管理 | あり | 3,000円/月 | ホームの金庫で小口現金を預かる。必要に応じて出し入れし、出納帳で家族様に報告する。 |
| 健康管理サービス | 定期健康診断 | あり | 実費 | 医療を受診していない入居者様に限りホームの協力医療機関により、ホームにおいて年2回実施する。 |
| | 健康相談 | なし | | |
| | 生活指導・栄養指導 | あり | 実費 | 生活指導:医師により必要と認められた場合は、本人又は家族に説明の上、ホーム職員が行う。栄養指導:医師により必要と認められた場合は本人又は家族に説明の上、外部サービスを利用する。 |
| | 服薬支援 | あり | 3,000円/月 | 本人又は家族に説明の上、定められた服用時間に服用する。薬剤は必要に応じて事務所で管理する |
| | 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | 月額費に含む | 体調不良、持病の悪化などの変化や、受診・治療内容、その他特記すべき事項について記録し、本人又は家族の要望があれば本人又は家族に開示する。 |
| 入退院のサービス | 移送サービス | あり | 実費 | |
| | 入退院時の同行 | あり | 800円/30分(交通費別途請求) | 要予約 |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | あり | 800円/30分(交通費別途請求) | 要予約 |
| | 入院中の見舞い訪問 | あり | 800円/30分(交通費別途請求) | 要予約 |

※複数をご契約された場合、33000円を上限とさせていただきます。