

介護付有料老人ホーム プレザンメゾン伊丹西野
重要事項説明書

| | |
|-------|--------------------|
| 記入年月日 | 2022年7月1日 |
| 記入者名 | 山田 和輝 |
| 所属・職名 | プレザンメゾン伊丹西野 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------------------|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (かぶしきがいしゃけあにじゅういち) 株式会社ケア21 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒530-0003 大阪府大阪市北区堂島二丁目2番2号 近鉄堂島ビル10階 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 06-6456-5633 |
| | FAX番号 | 06-6456-5642 |
| | ホームページアドレス | http://care21.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 依田 雅 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成 5年11月1日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表) | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|---------------|---|---|
| 名称 | (かいごつきゆうりょうろうじんほ一む ぶれざんめぞんいたみにしの) 介護付有料老人ホーム プレザンメゾン伊丹西野 | |
| 所在地 | 〒664-0028 伊丹市西野二丁目4 1 3 番 2 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | J R / 阪急 伊丹 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 伊丹駅から、伊丹市バス「西野」バス停下車徒歩5分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 072-782-0221 |
| | FAX番号 | 072-782-0821 |
| | ホームページアドレス | http://care21.co.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 山田 和輝 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | | 昭和・平成 29年 10月30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 昭和・平成 29年 12月1日 |

(類型)【表示事項】

| | | |
|-------------------------------------|-------------|------------|
| 1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合) | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | 2873303388 |
| | 指定した自治体名 | 兵庫県 |
| | 事業所の指定日 | 2017年12月1日 |
| | 指定の更新日 (直近) | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----|------|---|-----------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,533.95 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| | 契約期間 | 1 あり (2017年10月31日~2042年10月30日) 2 なし | |

| | | | | | | |
|--|------------------|-----------------------------------|------------------------|---------------------|-------|--------|
| | | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2,607.0 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,607.3 m ² | | | |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| | | 2 鉄骨造 | | | | |
| 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | | |
| | 2 事業者が賃借する建物 | | | | | |
| | 抵当権の設定 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 契約期間 | 1 あり (2017年10月31日～2042年10月30日) | | | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | 最大 | 人部屋 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/無 | 18.0 m ² | 69 | 介護居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 5ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 5ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 5ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 6ヶ所 | 個室 | 6ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 0ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | 0ヶ所 | | |
| リフト浴 | | | 0ヶ所 | | | |
| ストレッチャー浴 | | | 1ヶ所 | | | |
| | | その他 () | ヶ所 | | | |

| | | | |
|--------|------------------|--|------|
| | 食堂 | 1 あり | 2 なし |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり | 2 なし |
| | エレベーター | 1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 あり | 2 なし |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり | 2 なし |
| | 火災通報設備 | 1 あり | 2 なし |
| | スプリンクラー | 1 あり | 2 なし |
| | 防火管理者 | 1 あり | 2 なし |
| | 防災計画 | 1 あり | 2 なし |
| その他 | | | |

4. サービスの内容 (全体の方針)

| | |
|-------------------------|--|
| 運営に関する方針 | 特定施設入居者生活介護の提供に当たって、事業所の生活相談員等は、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等のそのほかの日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う事により、要介護状態となった場合でも、その有する能力に応じて自立した日常生活を営む事が出来るよう援助を行う。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護のうちいずれか1以上 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等いずれかの家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|------------------------|-----------|
| 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 | 入居継続支援加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 個別機能訓練加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 夜間看護体制加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 医療機関連携加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 看取り介護加算 | 1 あり 2 なし | |
| | 認知症専門 ケア加算 | (I) | 1 あり 2 なし |
| | | (II) | 1 あり 2 なし |
| | サービス提 供体制強化 加算 | (I)イ | 1 あり 2 なし |
| (I)ロ | | 1 あり 2 なし | |
| (II) | | 1 あり 2 なし | |
| (III) | | 1 あり 2 なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) 3 : 1 | |
| | 2 なし | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|--------|------------|--|
| 医療支援 | ※複数選択可 | 1 救急車の手配 | |
| | | 2 入退院の付き添い | |
| | | 3 通院介助 | |
| | | 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人慶春会 いたみホームクリニック |
| | | 住所 | 伊丹市西台 1-1-1 伊丹阪急駅ビル リータ 5階 |
| | | 診療科目 | 一般内科 |
| | | 協力内容 | 入居者の容態に関する連絡先、相談の受付及び往診 入居者の定期健康診断 (年2回 有料) |
| | 2 | 名称 | 医療法人祥風会 立花みどりクリニック |
| | | 住所 | 尼崎市西立花町 2-3-1 ハイムコア 1階 |
| | | 診療科目 | 内科・消化器科・リハビリテーション科・精神科 |
| | | 協力内容 | 入居者の容態に関する連絡先、相談の受付及び往診 |

| | | | |
|----------|---|------|---|
| | | | 入居者の定期健康診断（年2回 有料） |
| | 3 | 名称 | 医療法人社団それいゆ会 こだま病院 |
| | | 住所 | 宝塚市御殿山 1-3-2 |
| | | 診療科目 | 内科、消火器内科、整形外科、泌尿器科 |
| | | 協力内容 | 入居者の容態が急変したときの救急の受入れ（24時間） 入居者の容態に関する連絡先、相談の受付及び往診 入居者の定期健康診断（年2回 有料） |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人社団 気づき会 西宮気づき歯科クリニック |
| | | 住所 | 兵庫県西宮市甲東園 1丁目 1番 6-112号 |
| | | 協力内容 | 建物内での歯科診察 |

（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可能

| | | |
|--------------------------|---|--------------|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他（ ） | |
| 判断基準の内容 | | |
| 手続きの内容 | | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり 2 なし |

（入居に関する要件）

| | | | |
|--------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり | <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | 要支援の者 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | ○原則として満 65 歳以上の方 ○要介護の認定を受けている方 ○複数入居者における共同生活を営むことに概ね支障の無い方 ○著しい自傷他傷の恐れがない方 | | |

| | | |
|----------------|---|-----|
| | ○常時医療的処置を必要としない方 ○身元引受人を定められる方 ○当施設入居契約等をご承諾いただける方 | |
| 契約の解除の内容 | ○入居者が死亡した場合 ○入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正な手段により入居したとき ○月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月分以上滞納したとき ○契約第18条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ○入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することができないとき ○入居者が病院に入院するなどの理由でホームを不在にし、不在期間が2ヶ月を超えたとき*不在期間の入居費用は、家賃相当額のみ徴収させていただきます。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 26条 |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容：6,000円/1泊 食事代込・税抜き） | |
| | 2 なし | |
| 入居定員 | 69人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|---------|----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 0.5 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 24 | 16 | 8 | 21.2 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2.8 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | | 1.0 |

| | | | | |
|---|---|---|--|------|
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | | 2.0 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | 1 | | | 1 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | | 40時間 |
| <p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p> | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 9 | 6 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 5 | 5 | |
| 初任者研修の修了者 | 7 | 3 | 4 |
| 介護支援専門員 | 2 | 2 | |

(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 | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16 時～ 9 時) | | |
|-----------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 3人 | 3人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 | 契約上の職員配置比率 [※] 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 |
|-------------------------------|--|--|

| | | |
|--|------------------------------------|-----------|
| (一般型特定施設以外の場 合、本欄は省略可能) | | d 3 : 1以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 1 |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | |
| 外部サービス利用型特定施設である有料 老人ホームの介護サービス提供体制(外部 サービス利用型特定施設以外の場合、本欄 は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|--------|-----------|-------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|--|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | 介護福祉士 | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | | | | | | | | | |
| | 2 なし | | | | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | |
| 前年度1年間の 採用者数 | 1 | | 6 | 1 | | | 2 | | | | |
| 前年度1年間の 退職者数 | | 2 | 1 | | 1 | | 1 | | | | |
| 応じた 業務に 従事 した 職員の 人数 | 1年未満 | 1 | | 2 | | | 1 | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | 1 | 6 | 3 | | | | 1 | | |
| | 3年以上 5年未満 | 1 | | 5 | 6 | 1 | | | 1 | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 1 | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | |
|----------------------|-----------------|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 |
| | 2 建物賃貸借方式 |
| | 3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 |
| | 2 一部前払い・一部月払い方式 |

| | | |
|--------------------------------|----------------------------|---|
| | 3 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり | 2 なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり | 2 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 | 1 減額なし | 2 日割り計算で減額 |
| | 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金 の改定 | 条件 | |
| | 手続き | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|---|-------------------------------|---------------------|----------------|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | | | |
| | 年齢 | 歳 | 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.0 m ² | m ² | |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 | |
| 入居時点で 必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 円 | |
| | 敷金 | 0 円 | 円 | |
| 月額費用の合計 | | 184,100 円 | 円 | |
| 家賃 | | 99,000 円 | 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 54,060 円 | 円 |
| | | 管理費 | 35,000 円 | 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| | その他 | 円 | 円 | |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p> | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|------|--|
| 家賃 | 当該有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費及び地代に相当する額を基礎として合理的に算定したもの |
| 敷金 | 家賃の 0 ヶ月分 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |

| | |
|----------------------|---|
| 管理費 | 共用部及び居室内水道代、共用部電気代、施設維持管理費 |
| 食費 | 朝 300 円、昼食 610 円、夕食 610 円、おやつ 100 円 1 日 1,670 円×30 日計算 |
| 光熱水費 | 共用部分は管理費込み、居室電気代は個別請求 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2 |
| その他のサービス利用料 | |

(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等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | |
| 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） | |
| ※ 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可能

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| 算定根拠 | |
| 想定居住期間（償却年月数） | ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 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） | 円 |
| 初期償却率 | % |
| 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 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 |
| | 5 その他（名称： ） |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-----|---------------|------|
| 性別 | 男性 | 17 人 |
| | 女性 | 51 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 0 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 0 人 |

| | | |
|-------|---------------|------|
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 16 人 |
| | 85 歳以上 | 52 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援 1 | 6 人 |
| | 要支援 2 | 3 人 |
| | 要介護 1 | 28 人 |
| | 要介護 2 | 7 人 |
| | 要介護 3 | 9 人 |
| | 要介護 4 | 14 人 |
| | 要介護 5 | 1 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 2 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 5 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 61 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 0 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 0 人 |
| | 15 年以上 | 0 人 |

(入居者の属性)

| | |
|-----------------------------|--------|
| 平均年齢 | 83.8 歳 |
| 入居者数*の合計 | 68 人 |
| 入居率** | 96% |
| ※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |
| ** 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|--|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 3 人 |
| | 医療機関 | 5 人 |
| | 死亡者 | 6 人 |
| | その他 | 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 7 人 |
| | | (解約事由の例) ①退院不可の為。 看取りでのご逝去や退院不可・他施設への転居など |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|----------|-------|-------------------------------|
| 窓口の名称 | | プレザンメゾン伊丹西野 施設長及び管理者 |
| 電話番号 | | 072-782-0221 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00-18:00 |
| | 土曜 | 無 |
| | 日曜・祝日 | 無 |
| 定休日 | | 土・日・国民の祝日、8/13~8/17、12/30~1/3 |

(外部の苦情処理機関)

| | | |
|----------|-------|-------------------------------|
| 窓口の名称 | | 株式会社ケア21 お客様相談係 |
| 電話番号 | | 06-6456-5633 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00-18:00 |
| | 土曜 | 無 |
| | 日曜・祝日 | 無 |
| 定休日 | | 土・日・国民の祝日、8/13~8/17、12/30~1/3 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|------|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | 1 あり | (その内容) 損害保険ジャパン株式会社：賠償責任保険(居宅介護事業者) |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | (その内容) 当ホームにおいて、事業者の責任により入居者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。但し、その損害の発生について、入居者の故意又は重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | 1 あり | 2 なし |

(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 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|------|-----------------------------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2 回 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり </td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし |
| <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | | | | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 | | | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| 有料老人ホーム設置運営指導 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項 | |
| 合致しない事項がある場合 の内容 | |
| 「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性 | 1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| 不適合事項がある場合の内 容 | |

添付書類：別添1（事業者が運営する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※

様

説明年月日

年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業者が県内で運営する他の介護サービス事業

| 介護サービスの種類 | | 事業所の名称 | 所在地 |
|-----------|----|---------|---|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | |
| | | ケア21三宮 | 神戸市中央区磯上通 3-2-2 エイジングコート三宮 2F |
| | | ケア21御影 | 神戸市東灘区住吉宮町 4-1-3 ハイツ吉田苑 205号 |
| | | ケア21湊川 | 神戸市兵庫区下祇園町 40番 19号シャロームヒラノ 103号 室 |
| | | ケア21長田 | 神戸市長田区長田町 5-3-6 神戸スカイタワー2F |
| | | ケア21神戸北 | 神戸市北区鈴蘭台北町 4-1-1 |
| | | ケア21なだ | 神戸市灘区水道筋 5-1-2 パールメゾン灘 201号 |
| | | ケア21たるみ | 神戸市垂水区宮本町 1-26 ビルシーサイド2F |
| | | ケア21明石 | 明石市藤が丘 2-25-1 山崎ビル 2階 |
| | | ケア21西宮 | 西宮市戸田町 5-25 イズミビル 2階 |
| | | ケア21尼崎 | 尼崎市東難波町 5-18-8 ドミールカクタス尼崎 2階 |
| | | ケア21神戸西 | 神戸市西区池上 4-15-1 メゾン・ド・モンテアンD号 室 |
| | | ケア21すま | 神戸市須磨区月見山本町 1-5- 13 西光ビル 1階 |
| | | ケア21塚口 | 尼崎市南塚口町 2丁目 29番 1 号 宮本ビル 2F |
| | | ケア21岡場 | 神戸市北区藤原台中町 2-16-9 トーショクビル 302号 |
| | | ケア21二見 | 明石市二見町東二見 414-6- 102 |
| | | ケア21立花 | 尼崎市七松町 1-20-24 佐藤ビ ル 2階 |

| | | | | |
|-------------|----|----|---------------------------|--------------------------------------|
| | | | ケア 21 甲子園口 | 西宮市天道町 26-9 天道町ハイツ 204 号 |
| | | | ケア 21 宝塚 | 宝塚市逆瀬川 1-11-14 後北ビル 402 |
| | | | ケア 21 伊丹 | 伊丹市宮ノ前 3-1-3 浅岡ビル 2 階 |
| | | | ケア 21 兵庫駅前通り | 神戸市兵庫区浜崎通 10-17 Angelot 浜崎通 1F 店舗 |
| | | | ケア 21 宝殿 | 加古川市東神吉町西井ノ口 581-1 サライブビルディング 101 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 介護付有料老人ホーム プレゼンメゾン塚口 | 尼崎市塚口本町 1-30-1 |
| | | | 介護付有料老人ホーム プレゼンメゾン明石魚住 | 明石市魚住西岡 1312 番地 1 |
| | | | 介護付有料老人ホーム プレゼンメゾン立花 | 尼崎市立花町 1-24-42 |
| | | | 介護付有料老人ホーム プレゼンメゾン神戸白水 | 神戸市西区白水 1-17-20 |
| | | | 介護付有料老人ホーム プレゼンメゾン | 宝塚市平井 3 丁目 15 番 24 号 |

| | | | | |
|------------------|----|----|-------------------------|-----------------------------|
| | | | 宝塚山本 | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | ケア21兵庫 | 神戸市兵庫区上沢通 5-8-1 室ビル 1F |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | ケア21兵庫 | 神戸市兵庫区上沢通 5-8-1 室ビル 1F |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | グループホーム たのしい家 大倉山 | 神戸市兵庫区下祇園町 32-21 |
| | | | グループホーム たのしい家 湊川 | 神戸市兵庫区湊川町 9-12-7 |
| | | | グループホーム たのしい家 中山寺 | 宝塚市今里町 1-15 |
| | | | グループホーム たのしい家 仁川 | 宝塚市鹿塩 2-13-19 |
| | | | グループホーム たのしい家 園田 | 尼崎市東園田町 9-15-7 |
| | | | グループホーム たのしい家 金楽寺 | 尼崎市金楽寺町 2-6-4 |
| | | | グループホーム たのしい家 出屋敷 | 尼崎市宮内町 2-123-1 |
| | | | グループホーム たのしい家 西舞子 | 神戸市垂水区西舞子 7 丁目 30 番 16 号 |

| | | | | |
|----------------------|----|----|----------------------------|---------------------------------|
| | | | グループホームたのしい家 伊丹堀池 | 伊丹市堀池2丁目5番10号 伊丹堀池 |
| | | | グループホームたのしい家 伊川谷有瀬 | 神戸市西区伊川谷町有瀬 860番地-1 |
| | | | グループホームたのしい家 垂水 | 神戸市垂水区大町2-2-6 |
| | | | グループホームたのしい家 武庫之荘 | 尼崎市武庫之荘5-13-12-2 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 看護小規模多機能型居宅介護 たのしい家武庫之荘 | 尼崎市武庫之荘5-13-12-2 |
| 居宅介護支援 | あり | なし | ケア21長田 | 神戸市長田区長田町5-3-6 神戸スカイタワー2F |
| | | | ケア21こうべきた | 神戸市北区鈴蘭台北町4-1-1 |
| | | | ケア21明石 | 明石市藤が丘2-25-1 山崎ビル2階 |
| | | | ケア21あまがさき | 尼崎市東難波町5丁目18番8号 ドミールカクタス尼崎2階 |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 介護付有料老人ホームプレザンメゾン塚口 | 尼崎市塚口本町1-30-1 |

| | | | | |
|------------------------------|----|----|-----------------------|------------------------|
| | | | 介護付有料老人ホームプレザンメゾン明石魚住 | 明石市魚住西岡 1312 番地 1 |
| | | | 介護付有料老人ホームプレザンメゾン立花 | 尼崎市立花町 1-24-42 |
| | | | 介護付有料老人ホームプレザンメゾン神戸白水 | 神戸市西区白水 1-17-20 |
| | | | 介護付有料老人ホームプレザンメゾン宝塚山本 | 宝塚市平井 3 丁目 15 番 24 号 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | ケア 2 1 兵庫 | 神戸市兵庫区上沢通 5-8-1 室ビル 1F |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | ケア 2 1 兵庫 | 神戸市兵庫区上沢通 5-8-1 室ビル 1F |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | グループホームたのしい家大倉山 | 神戸市兵庫区下祇園町 32-21 |
| | | | グループホームたのしい家湊川 | 神戸市兵庫区湊川町 9-12-7 |
| | | | グループホームたのしい家中山寺 | 宝塚市今里町 1-15 |
| | | | グループホームたのしい家仁川 | 宝塚市鹿塩 2-13-19 |

| | | | | |
|-----------|----|----|-------------------|--------------------------|
| | | | グループホームたのしい家園田 | 尼崎市東園田町 9-15-7 |
| | | | グループホームたのしい家金楽寺 | 尼崎市金楽寺町 2-6-4 |
| | | | グループホームたのしい家出屋敷 | 尼崎市宮内町 2-123-1 |
| | | | グループホームたのしい家西舞子 | 神戸市垂水区西舞子 7 丁目 30 番 16 号 |
| | | | グループホームたのしい家伊丹堀池 | 伊丹市堀池 2 丁目 5 番 1 0 号 |
| | | | グループホームたのしい家伊川谷有瀬 | 神戸市西区伊川谷町有瀬 860 番地-1 |
| | | | グループホームたのしい家垂水 | 神戸市垂水区大町 2-2-6 |
| | | | グループホームたのしい家武庫之荘 | 尼崎市武庫之荘 5-13-12-2 |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |
| 介護医療院 | あり | 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※1

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | なし | あり | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|------------------------------|----|-------------|----------|----------|------------------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※2） | | 有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス） | | 月額利用料等を含む※3 | その都度徴収※3 | 料金※4 | 備考 |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | 実費 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 2,500円 | 週3回目以上からの入浴時に発生。 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 5,000円 | 週3回目以上からの入浴時に発生。 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | | 2,400円/月 | 協力医療機関を除く |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | | 備考 | 食事代を参照 |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | | 2,400円/月 | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | 2,400円/月 | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | 実費 | 年1回 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | 2,400円/月 | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | 2,400円/月 | 協力医療機関は除く |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | 2,400円/月 | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| その他 | | | | | | | | |
| 巡回 | なし | あり | なし | あり | | | | 夜間帯 2時間 1回 |
| 緊急時対応（ナースコール等） | なし | あり | なし | あり | | | | |