

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2021年6月1日 |
| 記入者名  | 渡邊 勝      |
| 所属・職名 | 常務取締役     |

## 1 事業主体概要

|            |   |  |
|------------|---|--|
| 名称         | (ふりがな)かぶしきがいしやふるらいふけあ<br>株式会社フルライフケア                              |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 541-0054<br>大阪市中央区南本町1丁目2番6号                                    |  |
| 連絡先        | 電話番号/FAX番号  | 06-6260-3939/06-6260-3355                                    |
|            | メールアドレス   | なし   |
|            | ホームページアドレス  | <a href="http://fulllifecare.jp">http:// fulllifecare.jp</a> |
| 代表者(職名/氏名) | 代表取締役 / 徳山善雄  |  |
| 設立年月日      | 平成 23年8月8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)<br>高齢者住宅事業(有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅)<br>介護保険事業 |  |

## 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)ふいおれ・しにあれじでんすいけだ<br>フィオレ・シニアレジデンス池田 |  |
| 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                          | 〒 563-0046<br>大阪府池田市姫室町10番23号             |  |
| 主な利用交通手段                     | 阪急池田駅より徒歩10分                              |  |
| 連絡先                          | 電話番号                                      | 072-752-8866   |
|                              | FAX番号                                     | 072-752-8877   |
|                              | ホームページアドレス                                | <a href="http://fulllifecare.jp/">http:// fulllifecare.jp/</a> |
| 管理者(職名/氏名)                   | 管理者 / 岩永幸広                                |  |
| 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 3年6月1日 /                               |  |

3 建物概要

|        |                        |                                     |               |                  |                     |                          |       |      |                    |  |
|--------|------------------------|-------------------------------------|---------------|------------------|---------------------|--------------------------|-------|------|--------------------|--|
| 土地     | 権利形態                   |                                     | 抵当権           |                  | 契約の自動更新             | あり                       |       |      |                    |  |
|        | 賃貸借契約の期間               | 2021. 6. 1                          |               | ～                |                     | 2051. 5. 31              |       |      |                    |  |
|        | 面積                     | 747.8 m <sup>2</sup>                |               |                  |                     |                          |       |      |                    |  |
| 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               | 2021. 6. 1                          |               | ～                |                     | 2051. 5. 31              |       |      |                    |  |
|        | 延床面積                   | 1,249.0 m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム部分 |               |                  |                     | 1,246.0 m <sup>2</sup> ) |       |      |                    |  |
|        | 竣工日                    | 平成                                  | 19年6月14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                     | 鉄筋コンクリート造                           |               | 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                    | 41戸                                 |               | 届出又は登録をした室数      |                     |                          |       | 41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                 | ○                                   | ○             | ×                | ○                   | ○                        | 12.22 | 3    |                    |  |
|        | 一般居室個室                 | ○                                   | ○             | ×                | ○                   | ○                        | 12.27 | 3    |                    |  |
|        | 一般居室個室                 | ○                                   | ○             | ×                | ○                   | ○                        | 12.36 | 17   |                    |  |
|        | 一般居室個室                 | ○                                   | ○             | ×                | ○                   | ○                        | 12.38 | 17   |                    |  |
|        | 一般居室個室                 | ○                                   | ○             | ×                | ○                   | ○                        | 13.04 | 1    |                    |  |
|        |                        |                                     |               |                  |                     |                          |       |      |                    |  |
|        |                        |                                     |               |                  |                     |                          |       |      |                    |  |
| 共用施設   | 共用トイレ                  | 3ヶ所                                 |               | うち男女別の対応が可能なトイレ  |                     |                          |       | ヶ所   |                    |  |
|        |                        |                                     |               | うち車椅子等の対応が可能なトイレ |                     |                          |       | 3ヶ所  |                    |  |
|        | 共用浴室                   | 個室                                  | 2ヶ所           |                  | ヶ所                  |                          |       |      |                    |  |
|        | 共用浴室における介護浴槽           | 機械浴                                 | 1ヶ所           |                  | ヶ所                  |                          |       | その他： |                    |  |
|        | 食堂                     | 1ヶ所                                 |               | 面積               | 65.3 m <sup>2</sup> |                          |       |      |                    |  |
|        | 入居者や家族が利用できる調理設備       | なし                                  |               |                  |                     |                          |       |      |                    |  |
|        | 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                                 | 1.8m          |                  | 片廊下                 | 9m                       |       |      |                    |  |
|        | 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                    | 事務所                                 |               | 通報先から居室までの到着予定時間 | 1～3分                |                          |       |      |                    |  |
| その他    |                        |                                     |               |                  |                     |                          |       |      |                    |  |
| 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          |              | 地域福祉と地域医療との密接な関係を築き、地域に根付いたサービスを実現します。  |
| サービスの提供内容に関する特色   |              | 訪問看護事業所との連携により、医療依存者についても、医療サポートを行う   |
| 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     | 委託           | 訪問介護事業所フルライフケア池田  |
| 食事の提供             | 委託           | 株式会社ケアプラス   |
| 調理、洗濯、掃除等の家事の供与   | 委託           | 訪問介護事業所フルライフケア池田  |
| 健康管理の支援（供与）       | 自ら実施         | 協力医療機関による年二回の定期健康診断のほか健康相談等を行います。<br>協力医療機関を定め、協力医療機関において、適切な治療が受けられるよう必要な協力をいたします。 |
| 状況把握・生活相談サービス     | 自ら実施         |   |
|                   | 提供内容         | 巡回訪問・安否確認・取次ぎ・連絡調整  |
|                   | サ高住の場合、常駐する者 |   |
| 健康診断の定期検診         | 提供方法         |   |
| 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              |              |   |
| 身体的拘束             |              |   |

##### (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) ホムカイクジギョウショフルライフケア池田<br>訪問介護事業所フルライフケア池田 |
| 主たる事務所の所在地 | 大阪府池田市姫室町10番23号                                 |
| 事務者名       | (ふりがな)  |
| 併設内容       | 訪問介護事業  |

##### (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、通院介助                    |                          |
|                   | その他の場合：                                 |                          |
| 協力医療機関            | 名称                                      | 医療法人 英進会                 |
|                   | 住所                                      | 大阪府守口市長池町5-1             |
|                   | 診療科目                                    | 内科、循環器科                  |
|                   | 協力内容                                    | 訪問診療、急変時の対応              |
|                   |   | その他の場合：                  |
|                   | 名称                                      | 医療法人 互惠会 池田回生病院          |
|                   | 住所                                      | 大阪府池田市建石町8-47            |
|                   | 診療科目                                    | 内科、外科、整形外科、皮膚科、耳鼻科、眼科    |
| 協力内容              | その他                                     |                          |
|                   | その他の場合：各種診療・治療行為の協力<br>入院加療が必要とされた場合の協力 |                          |
| 協力歯科医療機関          | 名称                                      | 医療法人牧野歯科医院               |
|                   | 住所                                      | 大阪市中央区今橋3-1-7 日本生命今橋ビル1階 |
|                   | 協力内容                                    | 訪問診療                     |
| その他の場合：診療・治療行為の協力 |   |                          |

(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       | なし     | 追加費用     |        |
| 居室利用権の取扱い      |        |          |        |
| 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  | なし       | 変更の内容  |
|                | 便所の変更  | なし       | 変更の内容  |
|                | 浴室の変更  | なし       | 変更の内容  |
|                | 洗面所の変更 | なし       | 変更の内容  |
|                | 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       | 自立、要支援、要介護 |    |                 |
| 留意事項           |            |    |                 |
| 契約の解除の内容       |            |    |                 |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項       |    |                 |
|                | 解約予告期間     |    |                 |
| 入居者からの解約予告期間   | 1 ヶ月       |    |                 |
| 体験入居           | あり         | 内容 | 1泊2日7,700円 (税込) |
| 入居定員           | 41 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   | 1         | 1  |     |               |
| 直接処遇職員  |           |    |     |               |
| 介護職員    | 18        |    | 18  |               |
| 看護職員    |           |    |     |               |
| 機能訓練指導員 |           |    |     |               |
| 計画作成担当者 |           |    |     |               |
| 栄養士     |           |    |     |               |
| 調理員     |           |    |     |               |
| 事務員     | 1         | 1  |     |               |
| その他職員   |           |    |     |               |

### (資格を有している介護職員の人数)

|              | 合計 |    |     | 備考 |
|--------------|----|----|-----|----|
|              | 合計 | 常勤 | 非常勤 |    |
| 介護職員初任者研修修了者 | 18 |    | 18  |    |
|              |    |    |     |    |
|              |    |    |     |    |
|              |    |    |     |    |

(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 (時～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  | 1 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      | あり  | 資格等の名称 | 介護福祉士 |       |     |         |     |         |     |
|                              | 看護職員          |     | 介護職員   |       | 生活相談員 |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|                              | 常勤            | 非常勤 | 常勤     | 非常勤   | 常勤    | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数                  |               |     |        |       |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                  |               |     |        |       |       |     |         |     |         |     |
| 就業した業務に従事した経験年数に<br>応じた職員の人数 | 1年未満          |     |        |       | 1     |     |         |     |         |     |
|                              | 1年以上<br>3年未満  |     |        |       |       |     |         |     |         |     |
|                              | 3年以上<br>5年未満  |     |        | 2     |       |     |         |     |         |     |
|                              | 5年以上<br>10年未満 |     |        | 2     |       |     |         |     |         |     |
|                              | 10年以上         |     |        | 13    |       |     |         |     |         |     |
| 備考                           |               |     |        |       |       |     |         |     |         |     |
| 従業員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<br>選択 |  |
| 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：                         |  |
| 利用料金の改定                    | 条件                          |  |
|                            | 手続き                         |  |

### (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  | 5        |      |
|   | 年齢  | 92歳      |      |
| 居室の状況   | 部屋タイプ   | 一般居室個室   |      |
|   | 床面積   | 18.227   |      |
|   | トイレ   | あり       |      |
|   | 洗面  | あり       |      |
|   | 浴室  | なし       |      |
|   | 台所  | あり       |      |
|   | 収納  | あり       |      |
| 入居時点で必要な費用  | 敷金  | 300,000円 |      |
|   |   |          |      |
| 月額費用の合計   |   | 168,880円 |      |
| 家賃  |   | 70,000円  |      |
| ※<br>保<br>険<br>外<br>ビ<br>ス<br>費<br>用<br>(<br>介<br>護 | 食費  | 47,280円  |      |
|   | 共益費   | 12,000円  |      |
|   | 生活相談サービス費   | 19,800円  |      |
|   | 光熱水費  | 19,800円  |      |
|   |   |          |      |
| 備考  | 介護保険費用1割又は2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。）<br>※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<br>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<br>いない。） |          |      |

(利用料金の算定根拠等)

|                      |  |        |
|----------------------|--|--------|
| 家賃                   | 建物の賃借料等を基礎として、1室あたりの家賃を算出                                    |        |
| 敷金                   | 家賃の  | 4.3ヶ月分 |
|                      | 解約時の対応   |        |
| 前払金                  |  |        |
| 食費                   | 厨房維持費、厨房水道光熱費、1日3食を提供するための費用。30日計算                           |        |
| 共益費                  | 建物内の階段・廊下・エントランス・エレベーター等の共有部分及び敷地内の共用設備の維持管理に必要な点検費、修繕費、清掃費等 |        |
| 生活相談サービス費            | 生活相談サービスの人件費・事務費   |        |
| 光熱水費                 | 専有部及び共有部の電気・ガス・水道利用料   |        |
|                      |  |        |
| 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          |  |        |

(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      | 0人      |
|                     | 65歳以上75歳未満 | 0人      |
|                     | 75歳以上85歳未満 | 3人      |
|                     | 85歳以上      | 13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       | 3人      |
|                     | 要介護2       | 6人      |
|                     | 要介護3       | 2人      |
|                     | 要介護4       | 2人      |
| 要介護5                | 3人         |         |
| 入居期間別               | 6か月未満      | 16人     |
|                     | 6か月以上1年未満  | 0人      |
|                     | 1年以上5年未満   | 0人      |
|                     | 5年以上10年未満  | 0人      |
|                     | 10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 / 1人 |
| 入居者数                |            | 16人     |

### (入居者の属性)

|      |     |      |       |       |     |
|------|-----|------|-------|-------|-----|
| 性別   | 男性  | 2人   | 女性    | 14人   |     |
| 男女比率 | 男性  | 12%  | 女性    | 88%   |     |
| 入居率  | 39% | 平均年齢 | 89.2歳 | 平均介護度 | 2.8 |

### (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   | 人             |
|         | 医療機関     | 人             |
|         | 死亡者      | 人             |
|         | その他      | 人             |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | (解約事由の例)<br>人 |
|         | 入居者側の申し出 | (解約事由の例)<br>人 |

## 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)                 |       | フィオレ・シニアレジデンス池田  |
| 電話番号 / FAX                  |       | 072-752-8866 / 072-752-8877                                |
| 対応している時間                    | 平日    | 常時   |
|                             | 土曜    | 常時   |
|                             | 日曜・祝日 | 常時   |
| 定休日                         |       | なし   |
| 窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁)          |       | (池田市・箕面市・豊能町・能勢町) 広域福祉課                                    |
| 電話番号 / FAX                  |       | 072-727-9661 / 072-727-9670                                |
| 対応している時間                    | 平日    | 8:45~17:15   |
| 定休日                         |       | 土日祝・年末年始   |
| 窓口の名称<br>(サービス付き高齢者向け住宅所管庁) |       | 大阪府住宅まちづくり部都市居住課安心居住推進グループ<br>大阪府福祉部介護事業者課施設指導グループ         |
| 電話番号 / FAX                  |       | 06-6210-9711 / 06-6210-9712<br>06-6944-2675 / 06-6944-6670 |
| 対応している時間                    | 平日    | 9:00~18:00   |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日  |
| 窓口の名称 (虐待の場合)               |       | 池田市福祉部高齢者政策推進室地域支援課  |
| 電話番号 / FAX                  |       | 072-754-6288 / 072-751-8505                                |
| 対応している時間                    | 平日    | 8:45~17:15   |
| 定休日                         |       | 土日祝祭日・年末年始   |

(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  | 天災等の不可抗力を除き、サービス提供上の事故によりご入居様の生命等に損害が発生した場合は賠償されま |
|                   | その他   |   |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | 天災等の不可抗力を除き、サービス提供上の事故によりご入居様の生命等に損害が発生した場合は賠償されます。 |   |
| 事故対応及びその予防のための指針  |   |   |

(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    | 令和 3年6月1日 |       |       |
|                                  |    | 結果の開示  | あり        | 開示の方法 | 運営懇談会 |
| 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           | 利用者、家族、自治会、管理者、職員 |
|                                      |  | なしの場合の代替措置の内容 |                   |
| 提携ホームへの移行                            | なし   | ありの場合の提携ホーム名  |                   |
| 個人情報の保護                              | 知りえた情報につきましては第3者に漏らしません。また、個人情報を利用する場合にはあらかじめ文書にて同意を得ます。                               |               |                   |
| 緊急時等における対応方法                         | 消防と連携し迅速かつ適切に対応できるよう具体的な計画を立てて、年2回（1回夜間想定）訓練を実施いたします。                                  |               |                   |
| 大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性              |  | 不適合の場合の内容     |                   |
| 池田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 | あり   |               |                   |
| 合致しない事項がある場合の内容                      | 食堂：一人当たり2㎡の基準に対し、41名定員で65.3㎡<br>居室：居室の床面積は、便所・収納設備等を除く内法面積で13㎡に対し、基準を満たしていない居室数が40/41室 |               |                   |
| 「8. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性           | 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                   | 契約説明の際に説明実施  |               |                   |
| 上記項目以外で合致しない事項                       |  |               |                   |
| 合致しない事項の内容                           |  |               |                   |
| 代替措置等の内容                             |  |               |                   |
| 不適合事項がある場合の入居者への説明                   |  |               |                   |

添付書類：別添1（別を実施する介護サービス一覧表）  
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

上記の重要事項の内容、並びに介護サービス等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 \_\_\_\_\_