

重要事項説明書

住宅型有料老人ホーム オリーブ

重要事項説明書

		記入年月日	令和2年12月1日
記入者名	橋高 千佳	所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人の種類	株式会社	
	名称	(ふりがな) ぴーすふる ピースフル	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒545-0052	大阪府大阪市阿倍野区阿倍野筋 4丁目15番17号	
	事業主体の連絡先		
	電話番号	06-6626-0555	
	FAX番号	06-6626-0556	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり: http://	
事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	橋高 千佳	
事業主体の設立年月日		平成19年2月28日	

事業主体が大阪市内で実施する他の介護サービス				
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	ピースフルホームケア	阿倍野区阿倍野筋 4-15-17
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		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・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		
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		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	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		
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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先				
施設の名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ おりーぶ 住宅型有料老人ホーム オリーブ			
施設の所在地	〒544-0011	大阪市生野区田島 5-3-19		
	電話番号	06-7410-7125		
施設の連絡先	F A X 番号	06-7410-7125		
	ホームページ	なし		
	アドレス	あり : http://		
施設の開設年月日	平成 26 年 8 月 1 日			
施設の管理者の職名及び氏名	職名	管理者		
	氏名	大西 学		
施設までの主な利用交通手段				
JR 東部市場前駅より徒歩 10 分				
施設の類型及び表示事項	住宅型有料老人ホーム			
介護保険事業所番号	—————			

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1
生活相談員						
看護職員						
介護職員	3		3		6	4.6
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
事務員						
その他従業者						

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数	40
------------------------	----

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士		1		
実務者研修				
介護職員初任者研修	2		2	
介護支援専門員				

従業者である機能訓練指導員が有している資格

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

人数	夜勤帯平均人数 (19時30分～9時30分)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1	1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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	/		/		/	
1年未満の者の人数				2		
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数				4		
5年以上10年未満の者の人数			1	4		
10年以上の者の人数						
	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
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	/		/			
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						

従業者の健康診断の実施状況	なし	あり
---------------	----	----

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<ul style="list-style-type: none"> 入居者の皆様の生活を精一杯守ります。 明るく、豊かな生活が送れるよう努めます。 介護に対する技術・知識を深めることに努めます。 慈しみと敬いの気持ちを大切にします。 「無駄をなくし、節約に努める」経営意識を築きます。 			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称	はやぶさ在宅クリニック、医療法人愛単会		
(協力の内容) 入居者の羅患の状況に応じて、入居者の受診、治療に協力する。			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称
(協力の内容)			
要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
契約している入居者の自室を中心に、施設内全般及び外出時の介護			
入居後に居室を住み替える場合			
介護居室を変更する場合			
判断基準・手続について			
(その内容)			
追加的費用の有無	なし	あり	
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
入居一時金償却の調整の有無	なし	あり	
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり	
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無	なし	あり	
浴室の変更の有無	なし	あり	
洗面所の変更の有無	なし	あり	
その他の変更の有無	なし	あり	
(その内容)			
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象	なし	あり	
要支援の者を対象	なし	あり	
要介護の者を対象	なし	あり	
留意事項	要支援者の場合は要相談		
契約の解除の内容	長期入院もしくは死亡した場合又は他の入居者や職員に迷惑行為等をした場合		
体験入居の内容	一日当たり 3,500 円にて、5泊まで実施可能（食費・部屋代込）		
入居定員	7名		
その他	介護保険の自己負担額【1割負担】の目安 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 5,500 円 11,500 円 18,320 円 21,530 円 29,560 円 33,810 円 39,600 円		
入居者の状況			
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）			

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満		1	1			2
75歳以上85歳未満		1		2		3
85歳以上		1				1
	自立	要支援 1	要支援 2	障害福祉サービス		合計
65歳未満				1		1
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
入居者の平均年齢	80歳					
入居者の男女別人数	男性	6人		女性	0人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						
前年度に退去した者の人数						
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
自宅等		1				1
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者			1			1
その他						
	自立	要支援 1	要支援 2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上
入居者数		2	5			

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物				なし	あり
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物				なし	あり
居室の状況	区分		室数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	あり	なし	7	13.05㎡	
	一般居室相部屋	あり	なし		㎡	
共用便所の設置数	1	うち男女別の対応が可能な数			0	
		うち車いす等の対応が可能な数			1	
個室の便所の設置数	7	個室における便所の設置割合			7	
		うち車いす等の対応が可能な数			7	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
			1			
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	キッチン、冷蔵庫完備。自炊可能					
入居者等が調理を行う設備状況	なし			あり		
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) スプリンクラー、ナースコール、火災報知機、誘導等、テレビアンテナ				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 建物全体がバリアフリーになっている						

緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	全居室内にあり
施設の敷地に関する事項			
敷地の面積	134.0 m ²		
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり
抵当権の設定			あり
貸借（借地）			
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終
	契約の自動更新		なし あり
施設の建物に関する事項			
建物の構造	木造スレート葺防火サイディング、地上2階建		
建物の延床面積	217.6 m ²		
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	あり
抵当権の設定			あり
貸借（借家）			
<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	契約期間	始	終
	平成26年8月1日	平成46年7月31日	
	契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> なし あり

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況	
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口	
窓口の名称	①住宅型有料老人ホーム オリーブ ②株式会社ピースフルホームケア
電話番号	①06-4308-5468 ②06-6626-0555
対応している時間	平日 9:00～18:00
	土曜 9:00～18:00
	日曜・祝日 なし
定休日等	日曜・祝日
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等	
窓口の名称	大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課
電話番号	06-6241-6315
対応している時間	平日 9:00～17:30
	土曜 なし
	日曜・祝日 なし
定休日等	土曜・日曜・祝日

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	
<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 引き受け会社 損保ジャパン 身体・財物共通1億円、管理財物150万円、人格権侵害500万円
その他、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に関すること	
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(その内容)

サービスの提供内容に関する特色等
(その内容) 入居者の希望に出来るだけ添えるように、寄り添ったサービスの提供を実施していく

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			
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	実施した年月日		
	当該結果の開示状況	なし	あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	実施した年月日		
	実施した評価機関の名称		
	当該結果の開示状況	なし	あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	200,000円 (家賃の約4.7ヶ月分)		
月払い方式			
月単位で支払う利用料			
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		
料金プラン			
プラン名称	月額	(内訳)	
	計	家賃相当額	介護費用
入居費用	102,000	42,000	実費
			食費
			光熱水費
			管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額	近隣施設の家賃の相場額	
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 介護保険サービス外で発生したサービスの実費額	
	食費	1日1,350円を基準として(1食約450円)30日分	
	光熱水費	管理費に含む	
	管理費	光熱水費と夜間人件費等として	
一時金方式・月払い方式共通			
介護保険サービスの自己負担額			
内容	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。		
人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲)	なし	あり	
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり	
算定根拠	介護保険外サービスの実費相当額		
料金改定の手続			
料金改定は運営懇談会の協議等による			

6. その他

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	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※

様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 大西 学

※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

介護サービス等の一覧表

	(要支援 1～2)		～	(要介護 1～5 区分)	
介護を行う場所					
	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	別途利用料金を徴収した上で実施するサービス		介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	別途利用料金を徴収した上で実施するサービス
介護サービス	—				
○巡回	3時間毎に実施			3時間毎に実施	
・昼間 07:00～19:00	—			—	
・夜間 19:00～07:00	—			—	
○食事介助	—			—	
○排せつ					
・排せつ介助	—			—	
・おむつ交換				—	
・おむつ代		実費		—	実費
○入浴等	—				
・清しき	—			—	
・一般浴介助	—			—	
・特浴介助	—			—	
○身辺介助	—				
・体位変換	—			—	
・居室からの移動	—			—	
・衣類の着脱	—			—	
・身だしなみ介助	—			—	
○機能訓練					
○通院の介助	—				
・協力医療機関への通院介助				—	
・協力医療機関以外への通院介助				—	
○緊急時対応					
・ナースコール	24時間対応			24時間対応	

	(要支援1～2)		～	(要介護1～5区分)	
介護を行う場所					
	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	別途利用料金を徴収した上で実施するサービス		介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	別途利用料金を徴収した上で実施するサービス
生活サービス					
○生活サービス					
・居室清掃	—			—	
・リネン交換	—			—	
・日常の洗濯	—			—	
○食事					
・居室配膳・下膳	—			—	
・入居者のし好に応じた特別な食事		実費			実費
・おやつ		実費			実費
○理美容サービス		実費			実費
○代行					
・買物	—			—	
(通常の利用区域)	—			—	
(通常の利用区域以外)		実費			実費
・役所手続	—			—	
・金銭・貯金管理	—			—	
健康管理サービス					
・定期健康診断		実費			実費
・健康相談	—			—	
・生活指導・栄養指導	—			—	
・服薬支援	—			—	
・生活リズムの記録 (排便、睡眠等)	—			—	

	(要支援1～2)		～	(要介護1～5区分)	
介護を行う場所					
	介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	別途利用料金を徴収した上で実施するサービス		介護保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	別途利用料金を徴収した上で実施するサービス
入退院時及び入院中のサービス ・医療費 ・移送サービス ・入退院時の同行 (協力医療機関) (協力医療機関以外) ・入院中の洗濯物交換・買物 ・入院中の見舞い訪問	— — —	実費 実費がある場合は実費分 1回2,000円 1回2,000円		— — —	実費 実費がある場合は実費分 1回2,000円 1回2,000円
その他のサービス					

- * 自立、要支援及び要介護状態区分に応じて介護サービス等の一覧表を作成する。自立、要支援1～2、要介護1～5と区分した場合は8区分となるが、一覧表をわかりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。
- * 上記サービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を挙げており、ホームのサービス提供の状況に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。
- * 記入に当たっては、回数及び費用負担を明らかにする。
- * 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入する。