

重要事項説明書

記入年月日	H30年3月26日
記入者名	藤嶋 孝信
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) える・えふ・シー 株式会社エル・エフ・シー	
主たる事務所の所在地	〒811-1355 福岡市南区桧原5丁目18番12号	
連絡先	電話番号	092-555-2543
	FAX番号	092-555-2547
	メールアドレス	home@olive-hibaru.com
	ホームページアドレス	http://www.olive-hibaru.com
代表者	氏名	大神 勇祐
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 28 年 5 月 20 日	
主な実施事業	※別添1（事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表） ・通所介護 ・訪問介護	

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) おりーぶのき 有料老人ホーム オリーブの木	
所在地	〒811-1355 福岡市南区桧原5丁目18番12号	
主な利用交通手段	最寄駅	高宮駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・西鉄バスで乗車20分、桧原運動公園バス停で下車、徒歩2分 ② 自動車利用の場合 ・乗車10分
連絡先	電話番号	092-555-2543
	FAX番号	092-555-2547
	ホームページアドレス	http://www.olive-hibaru.com
管理者	氏名	藤嶋 孝信
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 30 年 3 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 30 年 4 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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	指定した自治体名	県 (市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1258.7 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 (平成30年 月 日～ 年 月 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	1372.9 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1112.2 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
		4 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
2 鉄骨造						
3 木造						
4 その他 ()						
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 (2018年3月26日～2048年3月26日) 2 なし				
	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	13.25 m ²	19	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	14.72 m ²	10	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	15.28 m ²	10	一般居室個室
	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			
タイプ7	有/無	有/無	m ²			

	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
			その他 ()	ヶ所		
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	あり (ストレッチャー対応)		
	<input type="checkbox"/> 3	あり (上記1・2に該当しない)	<input type="checkbox"/> 4	なし		
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
その他						

追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> 一 入居申込において虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 三 入居契約書第 17 条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき 四 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、その危害が切迫した恐れがあり、かつ、住宅型有料老人ホームにおける生活支援ではこれを防止することができないとき 五 入居者が病気治療等のため、三ヶ月以上にわたって不在であり、かつ即時に入居者が施設に戻る見込みの無いとき
	解約予告期間	30 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：一泊 5,000 円） 2 なし	
入居定員	39 人	

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の職員については記載する必要はありません）。

（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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
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	2	1	1	
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				
※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。				
※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。				

（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	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(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		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (時～ 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	1人	1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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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 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)	: 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				
							資格等の名称		介護福祉士		
	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											
前年度1年間の退職者数											
志じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上										
	10年未満										
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】		<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	当施設が所在する周辺地域の消費者物価指数及び人件費等を勘案し改定	
	手続き	運営懇談会における入居者等の意見を聴いたうえ、入居者及び身元引受人等へ事前に通知して、改定する。	

(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	14.76 m ²	16.88 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	135,000 円	195,000 円	
月額費用の合計		137,000 円	157,000 円	
家賃		45,000 円	65,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	
	介護保険	食費	45,000 円	45,000 円
		管理費	47,000 円	47,000 円
		介護費用	円	円

		光熱費	実費	実費
		その他	実費	実費
<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	周辺物件の相場家賃を参考に設定
敷金	家賃の 3 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	近隣の相場を参考に、共益費・水道費を含んだ額として設定
食費	厨房維持費、および1日3食を提供するための費用
光熱費	各戸メーターによる実費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2（提供するサービスの一覧表）

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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

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

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等		人
	他の有料老人ホーム		人
	介護保険施設 (※)		人
	その他の社会福祉施設		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		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		人
		(解約事由の例)	
※介護保険施設・・・介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム), 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設			

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)

窓口の名称1		住宅型有料老人ホーム オリーブの木
電話番号		092-555-2543
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	〃
	日曜・祝日	〃
定休日		なし
窓口の名称2		福岡市南区役所 福祉介護保険課
電話番号		092-559-5127
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	----
	日曜・祝日	----
定休日		土・日・祝及び年末年始
窓口の名称3		福岡県国民健康保険団体連合会
電話番号		092-642-7859
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	----
	日曜・祝日	----
定休日		土・日・祝及び年末年始
高齢者の虐待通報窓口		福岡市南区役所地域保健福祉課
電話番号		092-559-5132
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	----
	日曜・祝日	----
定休日		土・日・祝及び年末年始

(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	1 あり	(その内容) 有料老人ホーム協会 賠償責任保険制度に加入
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input 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 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 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				
福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない				
福岡市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項					
不適合事項がある場合の内容					

添付書類：別添 1 (事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表)

別添 2 (提供するサービスの一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 平成 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

別添2 提供するサービスの一覧表【住宅型・健康型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅】

	個別の利用料で、実施するサービス					備 考
			包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}	
介護サービス						
食事介助	なし	あり		○	1,200円/30分	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり		○	6:00～19:00 200円/回 19:00～6:00 300円/回	*日に8回を超える排泄介助について左記料金
おむつ代	なし	あり		○	70～100円/枚	自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり		○	1,500円/30分	
特浴介助	なし	あり				
就寝・起床介助	なし	あり		○	600円/20分	朝や寝る前の着替えなどの介助(デイサービス準備含む)
機能訓練	なし	あり				
通院介助	なし	あり		○	1,000円/30分	昼間帯のみ対応可。
生活サービス						
居室清掃	なし	あり		○	600円/20分	
リネン交換	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり		○	600円/回	
居室配膳・下膳	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり		○	実費	応相談
おやつ	なし	あり				
理美容師による理美容サービス	なし	あり		○	実費	提携する美容室までの送迎は 200円/回
買い物代行	なし	あり		○	600円/20分	昼間帯のみ対応可。
役所手続き代行	なし	あり		○	1,000円/30分	昼間帯のみ対応可。
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	希望により年1回
健康相談	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり				
服薬支援	なし	あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	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		○	1,500円/回	昼間帯のみ対応可。
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり		○	800円/30分	昼間帯のみ対応可。
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり		○	800円/30分	昼間帯のみ対応可。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり				
その他のサービス ^{※4}						