

(別表7)

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃおるそびむ 株式会社 orthovim	
主たる事務所の所在地	〒557-0014 大阪市西成区天下茶屋3丁目26番16号	
連絡先	電話番号	06-6659-2999
	FAX番号	
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	清原るり子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成16年 12月 24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)	

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一むわこ うふれみあむたからづか 住宅型有料老人ホーム和幸プレミアム宝塚	
所在地	〒〒665-0033 兵庫県宝塚市伊子志3丁目14番47	
主な利用交通手段	最寄駅	阪急 逆瀬川駅
	交通手段と所要時間	6番乗り場から「仁川駅」行き 7番乗り場から「宝塚市役所前」「総合福祉センター前」「中野住宅前」「阪急中山観音駅」「阪急山本駅」「宝塚営業所前」「JR中山寺駅」「宝塚駅」行き いずれも「宝塚市役所前」徒歩5分
連絡先	電話番号	0797-77-7156
	FAX番号	0797-77-7157
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	

管理者	氏名	藤澤 慎二
	職名	施設長
建物の竣工日		2022年9月1日
有料老人ホーム事業の開始日		2022年10月1日

(類型)

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	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	
	指定の更新日 (直近)	

3. 建物概要

土地	敷地面積	591.32㎡	
	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 (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	1409.00㎡
		うち、老人ホーム	1409.00㎡
	耐火構造	① 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 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 (年 月 日～年 月 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	1 全室個室				
		② 相部屋あり				
		最小	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有	無	13.5 m ²	52 室	
	タイプ2	有	無	15.7 m ²	3 室	
	タイプ3	有	有	27.0 m ²	3 室	
	タイプ4	有/無	有/無			
	タイプ5	有/無	有/無			
	タイプ6	有/無	有/無			
	タイプ7	有/無	有/無			
タイプ8	有/無	有/無				
タイプ9	有/無	有/無				
タイプ10	有/無	有/無				
※「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	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		1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室	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施設	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				
	火災報知設備	① あり 2 なし				
	スプリンクラー	① あり 2 なし				

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	兵庫県伊丹市西台1-1-1
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	施設内にて往診
	2	名称	ひかりクリニック
		住所	大阪府吹田市春日1丁目5番35号101号
		診療科目	内科・精神科・循環器内科
		協力科目	内科・精神科・循環器内科
		協力内容	施設内にて往診
協力歯科医療機関		名称	五條歯科
		住所	豊中市豊中南町東1-1-3 サンプランザ1F
		協力内容	訪問歯科

(入居に関する要件)

入居対象となる者	自立している者	① あり	2 なし
	要支援の者	① あり	2 なし
	要介護の者	① あり	2 なし
留意事項	入居希望者の面談のあと決定。		
契約の解除の内容	施設にて他の利用者およびスタッフへの暴力行為があった場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第30条	
	解約予告期間	30日間	
入居者からの解約予告期間			
体験入居の内容	① あり (内容: 全額実費となり、1日10,000円) 2 なし		
入居定員	61名		
その他			

5. 職員体制 (令和5年7月1日現在)

※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不要)。

(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	2	2		2
生活相談員				
直接処遇職員				

介護職員	14	6	8	10.8
看護職員	4	2	2	3.4
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2		2	0.8
その他職員				
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
※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	9	4	5
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	3	1	2
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	4	2	2
理学療法士			
作業療法士			
言語療法士			
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・介護職員の人数)

夜間帯の設定時間 (16時30～9時30分)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		0人	0人
介護職員		2人	2人

（職員の状態）

管理者	他の職務との兼務		1 あり ② なし			
	業務にかかる資格等	① あり				
		資格等の名称	正看護師・介護福祉士			
		2 なし				
区分	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			1	1		
1年以上3年未満の者の人数				1		
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	2		2	4		
10年以上の者の人数		2	3	2		
	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	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	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
要介護度に応じた金額設定	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 情勢的に急激な金額変動、最低賃金の上昇等により 手続き 3か月前に連絡を行い、変更についての同意を得る。

(利用料金のプラン (代表的なプラン))

		プラン1	2人部屋	
入居者の状況	要介護度	要介護3	要介護3・要介護2	
	年齢	70歳	70歳・72歳	
居室の状況	床面積	13.5㎡	27.0㎡	
	便所	①あり ②なし	①あり ②なし	
	浴室	1あり ②なし	①あり ②なし	
	台所	1あり ②なし	①あり ②なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	165,000円	165,000円	
月額費用の合計		151,840円	303,680円	
家賃		55,000円	110,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用※1		円	
	介護保険外※2	食費	51,840円	103,680円
		管理費	45,000円	90,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他		円	円	

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む

※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。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	55,000円
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	45,000円
食費	51,840円(内訳:1,600円×30日×1.08(軽減税率適用))
光熱水費等	管理費に含まれます。

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	通院時自費同行 1時間1500円

(

7. 入居者の状況（令和5年7月1日現在）

（入居者の人数）

性別	男性	12人
	女性	26人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	6人
	75歳以上85歳未満	12人
	85歳以上	20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	6人
	要介護2	10人
	要介護3	14人
	要介護4	5人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	27人
	6ヶ月以上1年未満	11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	87歳
入居者数の合計	38人
入居率※	62%

※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
	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)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

窓口の名称		苦情相談窓口
電話番号		0797-77-7156
対応している時間	平日	9:00-18:00
	土曜日	9:00-15:00
	日曜・祝日	
定休日		日、祝 12月30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	1 あり	(その内容) 全福サービス加入
	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)
	2 なし	
事故対応及び予防のための指針	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
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	① 入居希望者に公開 ② 入居希望者に配布 ③ 公開していない
----------	---------------------------------------

管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 ② 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に配布 ② 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	① 代替措置あり	(内容) zoom および郵送にて決裁を行う。
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	1 あり (提携ホーム名:) 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	① あり 2 なし	
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針第 4 章「規模及び構造設備」に合致しない事項	① あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	居室面積について (1 人部屋が 18㎡未満であること)	
第 5 章「既存建物等の活用の特例」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	
兵庫県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 : 事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

別添 2 : 入居者の個別選択によるサービス一覧表

※ _____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

事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

介護サービスの種類			事業所名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ひろゴン宝塚	665-0033 兵庫県宝塚市伊子志3丁目14番47号
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		
地域密着型通所介護	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		
看護小規模多機能居宅介護	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		
介護医療院	あり	なし		

別添2

入居者の個別選択によるサービス一覧表

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		
区分	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※1)		個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
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				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
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				定期外部通院および救急搬送時付き添い
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				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
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			
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			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときには、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する