

重要事項説明書

		記入年月日	平成 30 年 7 月 1 日
記入者名	國武	所属・職名	ホーム事業課・ホーム長

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) カブシキガイシャワンビジョン 株式会社 One Vision	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒541-0044	大阪市中央区伏見町二丁目 1 番 1 号	
事業主体の連絡先	電話番号	06-6222-8101	
	F A X 番号	06-6222-9000	
	ホームページ	なし	
	アドレス	あり : <a href="http://one-v.jp/">http://one-v.jp/</a>	
事業主体の代表者の職名及び氏名	職名	代表取締役	
	氏名	稲葉 みか	
事業主体の設立年月日		2001 年 6 月 29 日	

事業主体が大阪府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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	エールサービス浪花	大阪市浪速区
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	エールガーデン	大阪市城東区
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	エールサービス	大阪市都島区
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	エールサービス浪花	大阪市浪速区
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	エールサービス	大阪市都島区
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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) ぐれーすヴいらなにわ グレースヴィラ浪花	
施設の所在地	〒556-0014	大阪市浪速区大国二丁目 12-9
施設の連絡先	電話番号	06-4396-7160
	F A X 番号	06-4396-7170
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : <a href="http://one-v.jp/">http://one-v.jp/</a>
施設の開設年月日		2010年10月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	センター長
	氏名	國武 宗一郎
施設までの主な利用交通手段		
J R 今宮駅歩 5 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	2774301663	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日）		
事業の開始（予定）年月日		
指定の年月日		
指定の更新年月日		

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	1.0
生活相談員						
看護職員						
介護職員			15		15	2.6
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	1.0
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時間		
<p>※ 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>						
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				4		
実務者研修				1		
介護職員初任者研修				10		
介護支援専門員				0		
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 (21時～ 6時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	1		1			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者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		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						
※ 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						
実務者研修						
介護職員初任者研修						
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						
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

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			0			
前年度1年間の退職者数			0			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			0	3		
1年以上3年未満の者の人数			0	7		
3年以上5年未満の者の人数			0	4		
5年以上10年未満の者の人数			0	1		
10年以上の者の人数			0	0		
	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			
駅前などのより利便性の高い立地において、地域の中での生活を可能にし、また地域との交流を活発にし、ホーム内で孤立するのではなく、「街の中で生きる」をテーマに、入居者の日常の生活の安定を維持できる開放的なホームとする。			
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		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	医療法人 優心会		
(協力の内容) 入居者がサービス利用時に緊急入院・診療等が必要な場合、これに応じて医療措置を実施する。			
協力歯科医療機関	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	その名称
(協力の内容) 訪問歯科			
きずな歯科医院			
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			

入居後に居室を住み替える場合

一時介護室へ移る場合

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

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

介護居室へ移る場合

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

台所の変更の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

その他 ( )	なし	あり
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
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
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		
契約の解除の内容	賃貸契約書による	
体験入居の内容	1泊10,000円で2日まで	
入居定員	40人	
その他		

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
6 5 歳未満			1	3	1	5
6 5 歳以上 7 5 歳未満	2	1	1	1	3	8
7 5 歳以上 8 5 歳未満	2	8	1	4	1	16
8 5 歳以上	1	3		5	1	10
	自立	要支援 1	要支援 2			合計 39
6 5 歳未満						
6 5 歳以上 7 5 歳未満						
7 5 歳以上 8 5 歳未満						
8 5 歳以上						
入居者の平均年齢						
入居者の男女別人数	男性			女性		
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						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
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						

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	38		12.5-19.7 m <sup>2</sup>				
	一般居室相部屋	あり	なし	1		27 m <sup>2</sup>				
				1		110 m <sup>2</sup>				
	介護居室個室	あり	なし			m <sup>2</sup>				
	介護居室相部屋	あり	なし			m <sup>2</sup>				
						m <sup>2</sup>				
一時介護室	あり	なし			m <sup>2</sup>					
共用便所の設置数	3	うち男女別の対応が可能な数				3				
		うち車いす等の対応が可能な数				3				
個室の便所の設置数	40	個室における便所の設置割合				40				
		うち車いす等の対応が可能な数				40				
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	1			1				
その他、浴室の設備に関する事項										
食堂の設備状況										
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) 3F 食堂兼機能訓練場								
バリアフリーの対応状況										
(その内容) 全館配備										
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										
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				なし		あり				
貸借(借地)										
なし	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										
建物の延床面積										
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				なし		あり				
貸借(借家)										
なし	あり	契約期間	始	終						
契約の自動更新				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 グレースヴィラ浪花 センター長 ② 株式会社 One Vision 本社窓口		
電話番号	① 06-4396-7160 ② 06-6222-8101		
対応している時間	平日	9時から18時	
	土曜	9時から18時	
	日曜・祝日	9時から18時	
定休日等	特になし		
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時から17時30分	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土、日、祝日、年末年始(31日～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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 一般型 事業者保険	
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			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 外部介護事業者による	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)			
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"/>	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"/>	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	16万8千円		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額	(内訳)
敷金	16万8千円	計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
			家賃 42,000×4
※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	・上記の通り家賃×4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。	
	食費		
	光熱水費		
	管理費		
	一時金		
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日		
初期償却率 (%)			
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			
権利金等 (※) の額			
(※) 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 (想定居住期間)			
契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例			
保全措置の実施状況	なし	あり	(保全先)
三月以内の契約終了による返還金について			
三月の起算日	入居日		
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法			
現状回復費用のみ算出			
一時金の支払方法			
お客様、協議の上、決定する			

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						
要介護状態に応じた金額設定						
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
		円		(43,200 円)	10,000 円	18,000 円
※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	近隣の相場による				
	介護費用	行政の決定通り				
	食費	外注による、消費税 8%込み				
	光熱水費	実費相当額				
	管理費	共有部の管理費等				
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	
内容						
利用料	円 ( 月額 ・ 日額 )					
算定根拠						
支払い方法	月単位 (日割り計算の有無 あり ・ なし )					
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						
料金改定の手続						

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

※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

介護を行う場所	(自 立)		(要支援 1～2、 要介護 1～5 区分)		～	(要支援 1～2、 要介護 1～5 区分)	
	一時金及び 月額利用料 に含むサー 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 用料に含む 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 用料に含む 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 ・昼間 常時 ・夜間 0時4時	×	×	○	×			
○食事介助							
○排せつ ・排せつ介助 昼間 誘導時、15時 夜間22時、2時、6時 ・おむつ交換 ・おむつ代	×	×	○	×			
○入浴 ・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～有料サービス」	×	×	×				○有料 サービス 1時間 2500円
○緊急時対応 ・ナースコール	×	×	○	×			

介護を行う場所	(自 立)		(要支援 1～2、 要介護 1～5 区分)		～	(要支援 1～2、 要介護 1～5 区分)	
	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 用料に含む 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 用料に含む 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							
月1度の食事レクレーシ ョン	×	×	○	×			
・おやつ ティータイム							
○理美容サービス							
訪問理美容VITA	×	×	×	○			
○代行							
・買物 (通常の利用区域)	×	×	○	×			
(通常の利用区域以外)							
・役所手続							
・金銭・貯金管理	×	×	○	×			

健康管理サービス ・ 定期健康診断 ・ 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）	×	×	○	×			
	（自 立）		（要支援 1～2、 要介護 1～5 区分）		～	（要支援 1～2、 要介護 1～5 区分）	
介護を行う場所							
	一時金及び 月額利用料 に含むサー 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 用料に含む 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 用料に含む 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	×	×	×	○			
その他のサービス 有料サービス 時間 ￥2,500	×	×	×	○			

\* 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。

