

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	河原 精一
所属・職名	株ビーバーリース 社員

1 事業主体概要

名称	(ふりがな)かぶしきがいしゃ ビーバーりふぉーむ 株式会社 ビーバーリフォーム	
主たる事務所の所在地	〒 581-0011 大阪府藤井寺市沢田1丁目30番13号	
連絡先	電話番号/FAX番号	TEL06-6704-0780 /FAX 06-6706-6333
	メールアドレス	lease@beaverhouse.net
	ホームページアドレス	http:// www.beaverlease.com/
代表者(職名/氏名)	代表取締役 / 川野 秀樹	
設立年月日	昭和 52年3月24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) 不動産業・建設業	

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)じゅうたくがた ゆうりょうろうじんほーむ ビーバーさわだえん 有料老人ホーム ビーバー沢田苑	
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	
有料老人ホームの種類	住宅型	
所在地	〒 583-0011 藤井寺市沢田3丁目9番地18号	
主な利用交通手段	近鉄南大阪線 「土師ノ里」 徒歩10分 (駅より700m)	
連絡先	電話番号	072-953-1993
	FAX番号	072-953-8656
	ホームページアドレス	http://
管理者(職名/氏名)	施設長 / 本村 加津代	
有料老人ホーム事業開始日/届出受理日・登録日(登録番号)	平成 (30年7月23日) (25年1月1日当初開始日)	/

3 建物概要

土地	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間	～							
	面積	369.0 m ²							
建物	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間	～							
	延床面積	435.57 m ² (うち有料老人ホーム音)					435.57 m ²		
	竣工日	平成	20/5/30			用途区分	下宿、寄宿舍		
	耐火構造	準耐火建築物		その他の場合：					
	構造	木造		その他の場合：					
	階数	2階		(地上		2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	24戸		届出又は登録をした室数				24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	○	○	×	×	○	7.6m ²	18	一人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	○	7.8m ²	3	一人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	○	8.0m ²	2	一人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	○	8.2m ²	1	一人部屋
共用施設	共用トイレ	1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				0ヶ所	
	共用浴室	個室	1ヶ所		ヶ所				
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所		ヶ所				その他：	
	食堂	1ヶ所		面積	56.5 m ²				
	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(車椅子対応)				1ヶ所			
	廊下	中廊下	1.23 m		片廊下	m			
	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	事務室		通報先から居室までの到着予定時間				1～3分	
その他	洗濯室 1室								
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	防災計画		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		<p>①サービスを目的とするだけでなく人と人のコミュニケーションを柱にして運営を行う。 ②より良いサービスをするのだけではなく良い人間関係を構築することを目指す。 ③より良い人づくりとお互いの自立を目指す。</p>
サービスの提供内容に関する特色		<p>①プライバシー確保と入居者ご自身の時間を大切にいただける完全個室の住まいを提供します。②全室エアコン、洋室トイレ、洗面設備を設置し、ゆとりのある暮らしを提供します。③完全にナースコールを設置し、また夜間深夜も職員を配置し、24時間バックアップ体制をとっています。④入居者同士が気楽に触れ合える開放感あるスペースをよういしています。⑤医療機関・訪問歯科との協力体制を完備しています。⑥ケアプラン作成、ヘルパー派遣などにも対応可能で、要介護者の方も安心です。</p>
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	なし	
食事の提供	自ら実施・委託	有限会社 マルフクメディカルフーズ
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	なし	
健康管理の支援（供与）	委託	南塚病院
状況把握・生活相談サービス	委託	大空ヘルパーステーション
提供内容	<p>・状況把握サービスの内容：毎日1回以上（2：30、4：30、7：00、12：00、15：00、18：00、20：30、22：00、23：30）、居宅訪問による安否確認・状況把握（声掛け）を行う。 ・生活相談サービスの内容：日中、随時受け付けており、相談内容が専門的な場合、専門機関等を紹介する。 ・緊急時対応：緊急時はケアマネジャーや家族、病院や救急隊への対応</p>	
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診	委託	南塚病院
	提供方法	年2回健康診断の機会付与
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		<p>①虐待防止に関する責任者は、北浦 智子です。 ②従業員に対し、虐待防止研修を実施している。 ③入居者及び家族等に苦情解決体制を整備している。 ④職員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。 ⑤職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報する。</p>
身体的拘束		<p>①身体拘束は原則禁止としており、三原則（切迫性・非代替性・一時性）に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で1カ月）を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただく。（継続して行う場合は概ね1カ月毎行う。） ②経過観察及び記録をする。 ③2週間に1回以上、ケース検討会議等を開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取組等について検討する。 ④1カ月に1回以上、身体拘束廃止委員会を開催し、施設全体で身体拘束等の廃止に取り組む。</p>

(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	
	その他の場合：	
協力医療機関	名称	南塚病院
	住所	堺市中区大野芝町292
	診療科目	内科・消化器内科・外科・消化器外科・内視鏡外科・肛門外科・整形外科・形成外科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・リハビリテーション科・放射線科
	協力内容	訪問診療
		その他の場合：
	名称	
	住所	
	診療科目	
協力内容		
	その他の場合：	
協力歯科医療機関	名称	医療法人 祐愛会 西村歯科
	住所	堺市堺区鉄砲町16-1 七道駅前マンション1階
	協力内容	訪問診療
その他の場合：		

(入居に関する要件)

入居対象となる者	要支援、要介護	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・概ね60歳以上の方 ・障がい者総合支援法を利用しておられる方 (60歳以上) ・要介護認定を受けられておられる方 (年齢は要相談) ・24時間医療機関に治療を受ける必要のない方 ・共同生活を営める方 (自傷、他傷行為が無い方) 	
契約の解除の内容	<p>①入居申込書に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。 ②月払いの利用料、その他の支払いを正当な理由なく、しばしば延滞するとき。 ③入居契約書第17条の規定に違反したとき。 ④入居者の行動が、入居者本人、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の接遇方法ではこれを防止することができないとき。上記規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次に掲げる手続きを行います(1) 契約解除の通知について30日間の予告期間をおく (2) 前号の通知に先立ち、入居者及び身元引受人等の弁解の機会を設ける。 (3) 解除通知に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する また、上記によって契約を解除する場合には、事業者の書面にて上の(1)~(3)に加えて次の I II に掲げる手続きを行います。 I 医師の意見を聴く II 一定の観察期間をおく</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上記と同じ
	解約予告期間	90日間
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 ¥10,000 (食費込) 介護費用は実費 但し 空き室が有る場合 (税込)
入居定員	24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				
直接処遇職員	11	6	5	
介護職員	11	6	5	
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				
その他職員				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
		常勤	非常勤	
介護福祉士	3	3	0	
介護福祉士実務者研修修了者	3	3	0	
介護職員初任者研修修了者	5	0	5	

(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・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時~9時)				
	平均人数		最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く)	
看護職員	0	人	0	人
介護職員	2	人	1	人
生活相談員	0	人	0	人
		人		人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				あり					
	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			2							
前年度1年間の退職者数			2							
就業した職員に 従事した経験年数に 応じた人数	1年未満		1	2						
	1年以上 3年未満		2							
	3年以上 5年未満		1	3						
	5年以上 10年未満		1							
	10年以上		1							
備考										
従業者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	建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式	月払い方式	
	選択方式の内容 ※該当する方式を全て 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	あり	
	内容： 家賃 共益費 建物管理費	
利用料金の改定	条件	世間相場や消費税増税
	手続き	2ヶ月前に利用者及び家族又は後見人に通知し銀行引落

(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	要支援1 2要介護1～5	
	年齢	概ね60歳以上	
居室の状況	部屋タイプ	一般居室個室	
	床面積	7.6 7.8 8.0 8.2 m ²	
	トイレ	あり	
	洗面	あり	
	浴室	なし	
	台所	なし	
	収納	あり	
入居時点で必要な費用	敷金	100,000円	
	火災保険料（2年間）	17,000円	
月額費用の合計		107,200～108,200円	
家賃 保険サービス ※費用（介護） 生活管理費	家賃	39,000～40,000円	
	食費	43,200円／月額	
	共益費	19,000円	
	生活管理費	6,000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。） ※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等)

家賃	所有者に支払う入居者負担の家賃相当	
敷金	家賃の	約2.5ヶ月分
	解約時の対応	家賃滞納や利用者負担による修繕が有る場合は、その額を差引いた残りの額を返還となります。
前払金		
食費	運営会社への食事費支払い	
共益費	<ul style="list-style-type: none"> ・外灯、エレベーター維持管理費 ・ゴミ処理などの日常掃除費 ・共有部分の蛍光灯などの消耗品交換費 	
生活管理費	利用者様の状況把握、健康相談、生活相談、緊急時連絡等のサービス費	
状況把握及び生活相談サービス費		
光熱水費	共益費に含む	
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	2人
	65歳以上75歳未満	7人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	5人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	4人
	要介護2	2人
	要介護3	4人
	要介護4	4人
	要介護5	3人
入居期間別	6か月未満	5人
	6か月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	9人
	5年以上10年未満	3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 / 0人
入居者数		18人

(入居者の属性)

性別	男性	9人	女性	9人	
男女比率	男性	50%	女性	50%	
入居率	75%	平均年齢	76.9歳	平均介護度	2.85

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	0人
	死亡者	3人
	その他	3人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	4人 (解約事由の例)
		特別養護老人ホーム入所 1名 他の住宅型有料老人ホーム入所 2名 サービス付き高齢者向け住宅入所 1名

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		有限会社 ケアステーション 大空
電話番号 / F A X		072/239/1345 / 072-239-1341
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土日祝 8月13日~8月15日 12月31日~1月3日
窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁)		大阪府福祉部高齢介護介護事業者課施設指導グループ
電話番号 / F A X		06-6944-2675 / 06-6944-6670
対応している時間	平日	9:00~17:30
定休日		土日祝 12月30日~1月3日
窓口の名称 (サービス付き高齢者向け住宅所管庁)		
電話番号 / F A X		/
対応している時間	平日	
定休日		
窓口の名称 (虐待の場合)		藤井寺市健康福祉部高齢介護課高齢福祉支援 担当
電話番号 / F A X		072-939-1169 / 072-952-9503
対応している時間	平日	9:00~17:00
定休日		土日祝 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	加入先	東京海上日動火災保険
	加入内容	超ビジネス保険
	その他	施設で提供している介護保険外サービスについては、(有)ケアステーション大空が東京海上日動火災の保険に加入
賠償すべき事故が発生したときの対応	事故対応マニュアルに基づき、速やかに対応します。	
事故対応及びその予防のための指針	あり	

(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	意見箱設置	
		実施日		
		結果の開示	なし	
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	なし	
		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・入居希望者に交付
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	ケアステーション大空職員 利用者及び家族または後見人
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行	あり	ありの場合の提携ホーム名	住宅型有料老人ホーム フリージア
個人情報の保護	<ul style="list-style-type: none"> 入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」並びに、大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを遵守する。 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえた入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持する。 事業者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とする。 事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得る。 		
緊急時等における対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 事故、災害及び急病、負傷が発生した場合は、入居者の家族、後見人及び関係機関（居宅介護支援事業所 主治医 訪問介護事業所 訪問看護事業所等）へ速やかに連絡を行い対応する。（緊急時マニュアル参照） ①症状の内容把握及び本人の状況確認（下痢、発熱《37.5度以上》、腹痛、嘔吐、転倒、転落、誤薬）いつから症状が始まったのか確認 ②施設長に報告 ③施設長の指示により主治医に連絡し現在の状況及び経過を説明し、緊急搬送及び通常受診または経過観察かの指示をもらい対応行う。 ④家族に現在の状況及び経過を説明し、緊急搬送及び受診になった場合は病院への行って頂ける様に伝える。 ⑤居宅介護支援事業所《ケアマネジャー》へ連絡し、内容及び本人の状況連絡行う。その際に緊急搬送または受診及び経過観察なのかを伝える。 ⑥訪問看護を受けている際は訪問看護事業所にも連絡行い。経緯の説明および主治医の説明内容を伝える。 ⑦集団感染が疑われる場合は保健所に報告し2次感染予防の対策を行う。 ⑧集団感染と決定したら保健所に調査協力をお願いし予防対策を実施する。⑨市町村への報告行う。 ⑩賠償すべき問題が発生した場合は速やかに対応行う。 		
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	不適合の場合の内容	調査を検討中
大阪府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	<ul style="list-style-type: none"> 居室の床面積が、便所 収納設備等を除く内法面積で13㎡以上ない。 廊下の有効幅員が、1.8m以上なし。 建築用途が下宿、寄宿舎 		
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	適合している		
代替措置等の内容	建替時、指針にあった建築構造で計画を立てる。		
不適合事項がある場合の入居者への説明	利用者・家族には手紙と運営懇親会で再度説明させて頂いています。		
上記項目以外で合致しない事項	なし		
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（別に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 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
説明者署名 _____

(別添1)事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞		
訪問介護	なし	
訪問入浴介護	なし	
訪問看護	なし	
訪問リハビリテーション	なし	
居宅療養管理指導	なし	
通所介護	なし	
通所リハビリテーション	なし	
短期入所生活介護	なし	
短期入所療養介護	なし	
特定施設入居者生活介護	なし	
福祉用具貸与	なし	
特定福祉用具販売	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	なし	
夜間対応型訪問介護	なし	
認知症対応型通所介護	なし	
小規模多機能型居宅介護	なし	
認知症対応型共同生活介護	なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし	
看護小規模多機能型居宅介護	なし	
居宅介護支援	なし	
＜居宅介護予防サービス＞		
介護予防訪問介護	なし	
介護予防訪問入浴介護	なし	
介護予防訪問看護	なし	
介護予防訪問リハビリテーション	なし	
介護予防居宅療養管理指導	なし	
介護予防通所介護	なし	
介護予防通所リハビリテーション	なし	
介護予防短期入所生活介護	なし	
介護予防短期入所療養介護	なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	なし	
介護予防福祉用具貸与	なし	
特定介護予防福祉用具販売	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	なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし	
介護予防支援	なし	
＜介護保険施設＞		
介護老人福祉施設	なし	
介護老人保健施設	なし	
介護療養型医療施設	なし	

(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

		個別の利用料で実施するサービス		備 考
			料金※(税抜)	
介護サービス	食事介助	なし		
	排せつ介助・おむつ交換	なし		
	おむつ代	あり	実費	オムツの種類で金額が変わります。
	入浴(一般浴) 介助・清拭	なし		
	特浴介助	なし		
	身辺介助(移動・着替え等)	なし		
	機能訓練	なし		
	通院介助	なし		
生活サービス	居室清掃	なし		
	リネン交換	なし		
	日常の洗濯	なし		
	居室配膳・下膳	なし		
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし		
	おやつ	あり	食費に含む	
	理美容師による理美容サービス	あり	実費	申込み内容で金額が変わります。
	買い物代行	なし		
	役所手続代行	なし		
	金銭・貯金管理	なし		
健康管理サービス	定期健康診断	あり	実費	年2回健康診断の機会付与
	健康相談	あり	生活管理費に含む	
	生活指導・栄養指導	なし		
	服薬支援	なし		
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	生活管理費に含む	
入退院のサービス	移送サービス	なし		
	入退院時の同行	あり	実費	
	入院中の洗濯物交換・買い物	あり	実費	
	入院中の見舞い訪問	あり	実費	

※「あり」を選択したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、1回当たりの金額など単位を明確にして入力する。