

**有料老人ホーム オアシスホーム 2  
重要事項説明書**

		記入年月日	平成25年6月28日
記入者名	谷崎 真子	所属・職名	コスモス苑・相談員

**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	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり 特定医療法人
	名称	(ふりがな) 特定医療法人善昭会とくていいりょうほうじん ぜんしょうかい	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒870-0103	大分市東鶴崎2丁目3番30号	
	電話番号	097-527-2500	
事業主体の連絡先	FAX番号	097-527-2506	
	ホームページ	なし	
	アドレス	<input checked="" type="checkbox"/> あり: <a href="http://oasis-hp.jp">http://oasis-hp.jp</a>	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	日野 洋(ひの よう)	
	職名	理事長	
事業主体の設立年月日	昭和43年8月29日		

事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

＜居宅サービス＞

介護サービスの種類		事業所の名称	所在地
訪問介護		コスモスヘルパーステーション	大分市東鶴崎3-1-7
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導		オアシス外科乳腺外科	大分市東鶴崎2-3-35
通所介護		菜の花デイサービス	大分市大字佐賀関335
		ひまわりデイ・サービスセンター	大分市東鶴崎3-1-7
通所リハビリテーション		介護老人保健施設コスモス苑	大分市東鶴崎2-3-22
		オアシス第一病院 (オアシス通所リハビリ)	大分市東鶴崎3-3-19
短期入所生活介護			
短期入所療養介護		介護老人保健施設コスモス苑	大分市東鶴崎2-3-22
特定施設入居者生活介護			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			

＜地域密着型サービス＞

定期巡回・随時訪問介護・看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護		グループホーム 菜の花	大分市東鶴崎3-1-6
		グループホーム 菜の花関	大分市大字佐賀関335
		グループホーム 菜の花関2	大分市大字佐賀関335
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型 介護老人福祉施設入所者生活介護			
複合型サービス			

居宅介護支援

＜居宅介護予防サービス＞

介護予防訪問介護		コスモスヘルパーステーション	大分市東鶴崎3-1-7
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			

介護予防居宅療養管理指導			オアシス外科乳腺外科	大分市東鶴崎 2-3-35
介護予防通所介護			菜の花 デイサービス	大分市大字佐賀関 335
			ひまわりデイ・サービス センター	セ 大分市東鶴崎 3-1-7
介護予防通所リハビリテーション			介護老人保健施設 コスモス苑	大分市東鶴崎 2-3-22
			オアシス第一病院 (オアシス通所リハビリ)	大分市東鶴崎 3-3-19
介護予防短期入所生活介護				
介護予防短期入所療養介護			介護老人保健施設コス ス苑	モ 大分市東鶴崎 2-3-22
介護予防特定施設入居者生活介護				
介護予防福祉用具貸与				
特定介護予防福祉用具販売				
<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				
介護予防小規模多機能型居宅介護				
介護予防認知症対応型共同生活介護			グループホーム 菜の花	大分市東鶴崎 3-1-6
			グループホーム 菜の花関	大分市大字佐賀関 335
			グループホーム 菜の花関2	大分市大字佐賀関 335
介護予防支援				
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設				
介護老人保健施設			介護老人保健施設コス ス苑	モ 大分市東鶴崎 2-3-22
介護療養型医療施設				

## 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	(ゆうりょうろうじんほーむ おあしすほーむつー) 有料老人ホーム オアシスホーム2	
施設の所在地	〒870-0103 大分市東鶴崎2丁目2番20号	
施設の連絡先	電話番号	097-524-0022
	FAX番号	097-524-0220
	ホームページ	なし
	ドレス	<a href="http://oasis-hp.jp">あり</a> : http://oasis-hp.jp
施設の開設年月日	平成25年8月1日	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	福島 一繁
	職名	常務理事
施設までの主な利用交通手段		
大分バスにて「鶴崎橋」バス停下車。徒歩3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 ※介護付有料老人ホームの場合のみ記載		
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、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) ※介護付有料老人ホームの場合のみ記載		
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		
管理者			1		1	0.1
生活相談員			1		1	0.6
看護職員						
介護職員	8		2		10	8.6
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	0.6
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
※ 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	7					
実務者研修						
介護職員初任者研修	1			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						
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 (16時30分～9時00分)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0					
介護職員	8					

#### 4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<p>①老人福祉法及び介護保険法令に従い、入居者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、居室及び共用設備等をご利用いただき、入居者の心身の健康と安定した生活の維持に努めます。</p> <p>②利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場にたち、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。サービスの提供は、利用者の同意のもとに実行します。</p> <p>③利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し、あらかじめ本人への同意を得て取り扱うものとし、個人情報の管理に努めます。</p>		
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※介護付有料老人ホームの場合のみ記載	なし	あり
夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無※介護付有料老人ホームの場合のみ記載	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無※介護付有料老人ホームの場合のみ記載	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①	オアシス外科・乳腺外科(法人内医療機関)	
	(協力の内容)外科、消化器科、肛門科、乳腺外科。ホームの往診(月2回)を行い、通院や入院、夜間急変の際の受け入れを行う。	
協力医療機関の名称②	オアシス第一病院(法人内医療機関)	
	(協力の内容)内科、循環器科、消化器科、神経内科、呼吸器内科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科。通院や入院、夜間急変の際の受け入れを行う。	
協力歯科医療機関	なし	あり
	あり	こころデンタルクリニック
	(協力の内容)定期的に歯科医師を派遣し、訪問診療を行う。	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(その内容)		

その他( )			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
判断基準・手続について (その内容)				
追加的費用の有無			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更				
便所の変更の有無			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
要支援の者を対象			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
要介護の者を対象			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者は原則として60歳以上の要支援・要介護者です。</li> <li>・胃瘻・膀胱留置カテーテル、吸入在宅酸素の方は受け入れ可能です。</li> </ul>			

	ンスリンは自己注射できる方のみ可能です。 気管切開、吸引の方は受け入れできません。 ・認知症のある方でも受け入れ可能ですが、共同生活が困難な方は受け入れできません。
契約の解除の内容	契約書第28条により、契約が終了した場合。
体験入居の内容	1泊2日1,000円(食費は別途徴収します) (内訳:居室利用料、施設共用部利用料、寝具一式、管理費等)
入居定員	47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
65歳未満						0
						0
						0
85歳以上						0
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						0
						0
						0
85歳以上						0
入居者の平均年齢	歳					
入居者の男女別人数	男性	人	女性	人		
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)						%
前年度の有料老人ホームを退去した者の人数						
	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						0
社会福祉施設						0
医療機関						0
死亡者						0
その他						0
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関						0
死亡者						0
その他						0
入居者の入居期間						
	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

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	
	居室(個室)	あり	なし	18室	1人部屋	12㎡
				2室	1人部屋	17.82㎡
				15室	1人部屋	18㎡
	居室(相部屋)	あり	なし	6室	2人部屋	21.24㎡
一時介護室	あり	なし	室	人部屋	㎡	
共用便所の設置数	(全数)	うち男女別の対応が可能な数			9個	
	9個	うち車椅子等の対応が可能な数			3個	
個室の便所の設置数	(全数)	個室における便所の設置割合			100%	
	41個	うち車椅子等の対応が可能な数			41個	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		3カ所	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(特室のミニキッチンのみ)			
その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容)玄関ホール、廊下、洗濯室、ベランダ、機能訓練室、静養室、相談室、和室コーナー、食堂・談話室。				
バリアフリーの対応状況						
(その内容)・駐車場から玄関ホールまでの段差なし。 ・車椅子対応エレベーター。 ・廊下、食堂、便所内の手すりの設置。						
緊急通報装置の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況		なし	一部あり	各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			603.03㎡			
			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	H25.8.1	終	H45.7.31
			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			耐火構造鉄骨5階建			
建物の延床面積			1,706.02㎡			
			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	H25.8.1	終	H45.7.31
			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	オアシスホームお客様相談窓口		
対応時間	平日	9:00～17:00	
	土曜	9:00～17:00	
	日曜・祝日	9:00～17:00	
	電話番号	097-524-0022	
	面談	できるだけ事前にご連絡ください。	
ご意見箱	オアシスホーム2玄関口設置		

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	特定医療法人 善昭会 相談窓口		
所在地	大分市東鶴崎2丁目3番30号		
電話番号	097-527-2500		
FAX	097-527-2506		
対応時間	平日	8:30～17:30	
	定休日等	日・祝日	
窓口の名称	大分市長寿福祉課		
所在地	大分市荷揚町2番31号		
電話番号	097-537-5744		
FAX	097-548-5387		
対応時間	平日	8:30～17:15	
	定休日等	土日・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

なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容)
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容)介護保険サービス中に、不可抗力を除き、損害に対してできる限りの対応を行う。損害賠償も考慮する。

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)  
当施設は医療面でのバックアップが充実しておりますので安心していただけます。

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

なし	<input checked="" type="checkbox"/>	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

利用料の支払い方式	一時金方式	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	選択方式			
敷金	120,000円(基準家賃40,000円の約3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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
料金プラン						
プラン名称	月額	お一人当たりの内訳(単位:円)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
西館一般	81,000円	31,000	0	40,000	0	10,000
西館特室	102,000円	52,000	0	40,000	0	10,000
東館一般	90,000円	40,000	0	40,000	0	10,000
東館二人部屋	77,000円	27,000	0	40,000	0	10,000
※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	基準家賃40,000円の約3か月分				
	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	外部業者に委託。3食×30日の計算・食費・人件費の合計で算出。				
	光熱水費	管理費に含む。				
	管理費	光熱水費、居室管理費、共用部維持管理費等。				

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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	
算定根拠	管理規程「別表Ⅳ-5」に記載。		
料金改定の手続			
契約書第27条に記載。 (目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとする。)			

## 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
<input checked="" type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	(その内容)	

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

当事業所は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、有料老人ホームオアシスホーム2の内容及び重要事項の説明をしました。

平成 年 月 日

<事業者>

住 所 大分市東鶴崎2丁目2番20号

事業所名 有料老人ホーム オアシスホーム2

代表者名 常務理事 福島 一繁 印

<説明者>

職 名

氏 名 印

私はサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、有料老人ホームオアシスホーム2の内容及び重要事項の説明を受けました。

平成 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名 印

<代理人(選任した場合)>

住 所

氏 名 印

(続柄: )

