様式第1号

重要事項説明書

記入年月日	令和8年　8月　1 日
記入者名	胡桃澤　孝基
所属・職名	本社

1 事業主体概要

施設長

名称	（ふりがな）かぶしきがいしゃ　ふぃりある 株式会社　ｆｉｌｉａｌ	
法人番号	2-1200-0116-8830	
主たる事務所の所在地	〒　574-0044 大阪府大東市諸福7-2-1	
連絡先	電話番号／ＦＡＸ番号	072-873-7211／072-873-7212
	メールアドレス	info@filial.jp
	ホームページアドレス	http://　www.filial.jp
代表者（職名／氏名）	（職名）代表取締役　／　（氏名）松尾　孝洋	
設立年月日	平成　24年2月8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）介護保険事業	

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）のーていすた　しめの ノーティスタ　点野		
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		
有料老人ホームの類型	住宅型		
所在地	〒　572-0077 大阪府寝屋川市点野3丁目27-8		
主な利用交通手段	京阪本線　寝屋川市駅より2.4 km　（徒歩約30分）		
連絡先	電話番号	072-886-8411	
	ＦＡＸ番号	072-886-8412	
	メールアドレス	info@filial.jp	
	ホームページアドレス	http://　www.filial.jp	
管理者（職名／氏名）	施設長　／　佐藤　伸		
有料老人ホーム事業開始日／届出受理日・登録日（登録番号）	令和　7年7月15日	／　令和　７年８月１日	

3 建物概要

土地	権利形態	賃借権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃貸借契約の期間	令和			～	令和			
	面積	445.2 ㎡							
建物	権利形態	賃借権	抵当権	あり	契約の自動更新	あり			
	賃貸借契約の期間	令和 7年6月20日			～	令和 37年6月29日			
	延床面積	775.3 ㎡（うち有料老人ホーム部分 775.3 ㎡）							
	竣工日	令和 7年6月12日			施設長	有料老人ホーム			
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合：					
	構造	鉄骨造		その他の場合：					
	階数	3 階 （地上 3 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	26 戸		届出又は登録をした室数			26 室		
	部屋タイプ	トイレ	洗面	浴室	台所	施設長	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	○	○	×	×	○	13.05	26	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 0 ヶ所					
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ 1 ヶ所					
	共用浴室	個室 3 ヶ所		ヶ所					
	共用浴室における介護浴槽	機械浴 0 ヶ所		ヶ所		その他：			
	食堂	1 ヶ所		面積 90.8 ㎡					
	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（ストレッチャー対応） 1 ヶ所							
	廊下	中廊下 1.983 m		片廊下 m					
	汚物処理室	1 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								
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		心身に何らかの不自由がありお独りで日常生活を維持していく事が困難な高齢者の方々が自由と尊厳を持って自分らしい生活を楽しく過ごして頂ける様にお手伝いさせて頂きます。
サービスの提供内容に関する特色		個人の自由と尊厳、プライバシーの保持。個々の利用者様の生活習慣に合わせた生活全般に及ぶお手伝い、ご家族様のお気持ちの尊重、ご利用しやすい料金、を大切にしていきます。
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	株式会社　ｆｉｌｉａｌ
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	なし	
健康管理の支援（供与）	自ら実施	
安否確認及び状況把握サービス	委託	株式会社スマイルベース
提供内容		状況把握サービスの内容　毎日1回以上居宅訪問による安否確認・状況把握（声掛けを行う）
サ高住の場合、常駐する者		
生活相談サービス	委託	株式会社スマイルベース
提供内容		生活相談サービスの内容、日中随時受付ており相談内容が専門的な場合、専門機関等を紹介する。
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診	自ら実施	
	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）

※ 入居者の介護保険サービスの利用にあっては、入居者の自由な選択に基づき決定されるものであることから、設置者及び当該設置者と関係のある事業者など特定の事業者からのサービス提供に限定又は誘導致しません。

（併設している高齢者居宅生活支援事業者）

【併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略】

事業所名称	（ふりがな）
主たる事務所の所在地	
事務者名	（ふりがな）
併設内容	

（連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者）

【連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略】

事業所名称	（ふりがな）
主たる事務所の所在地	
事務者名	（ふりがな）
連携内容	

（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、入退院の付き添い、通院介助		
	その他の場合：		
協力医療機関	名称	医療法人祥風会 緑が丘みどりクリニック	
	住所	〒572-0844 大阪府寝屋川市太秦緑が丘２８−番8号	
	診療科目	内科・精神科	
	協力科目	内科・精神科	
	協力内容	入所者の病状の急変等において相談対応を行う体制を常時確保	あり
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	あり
		その他の場合	
	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力科目		
	協力内容	入所者の病状の急変等において相談対応を行う体制を常時確保	
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	
		その他の場合	
新興感染症発生時に連携する医療機関	名称		
	住所		
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		
		その他の場合	

（入居後に居室を住み替える場合）【住み替えを行っていない場合は省略】

入居後に居室を住み替える場合				
		その他の場合		
判断基準の内容				
手続の内容				
追加的費用の有無			追加費用	
居室利用権の取扱い				
前払金償却の調整の有無			調整後の内容	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減		変更の内容	
	便所の変更		変更の内容	
	浴室の変更		変更の内容	
	洗面所の変更		変更の内容	
	台所の変更		変更の内容	
	その他の変更		変更の内容	

（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	概ね、65歳以上の要介護者・要支援者		
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		利用料の滞納等の理由により施設より利用計画を解除する場合があります。（契約書第27条参照）
	解約予告期間		90日の勧告期間
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月		
体験入居	あり	内容	空室がある場合に限り、1泊食事込みで5000円
入居定員	26 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		介護職員1名
生活相談員				
直接処遇職員	9	5	4	
介護職員	9	5	4	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3	3		
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	9	5	4	
介護福祉士実務者研修修了者				
介護職員初任者研修修了者	1	1		

（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		
柔道整復師		
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・介護職員等の人数）

夜勤帯の設定時間（ 19 時 00 分～ 7 時 00 分）		
	平均人数	7年8月1日
看護職員	1 人	人
介護職員	1 人	0 人
生活相談員	人	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		介護職員初任者研修				
	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			6	5						
前年度１年間の退職者数				1						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 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			3	4						
１０年以上			2	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		利用権方式
利用料金の支払い方式		一部前払い・一部月払い方式
	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　　施設長
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：　日割計算で減額
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇により、改訂する場合がある。
	手続き	改定にあたっては、事業者は入居者様及び身元引受人様等へ事前に通知する。

（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	要介護・要支援	
		年齢	65歳以上	
居室の状況		部屋タイプ	一般居室個室	
		床面積	13.05	
		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	168,000円	
月額費用の合計			129,220円	
	家賃		42,000円	
	保険外サービス費用（介護保険外※）	食費	53,220円	
		管理費	34,000円	
		状況把握及び生活相談サービス費		

備考　介護保険費用１割、２割又は３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	建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出	
敷金	家賃の　約4ヶ月分	
	解約時の対応	第19条に基づく入居者様の故意又は過失により居室及び共用施設等、設備の一部を破損、汚損した場合必要となった修繕に要する費用は入居者様が負担するものとする等。
前払金		
食費	1日3食を提供する為の費用	
管理費	入浴介助・オムツ交換・掃除・光熱水費等の介護保険以外での対応する部分	
状況把握及び生活相談サービス費		
光熱水費	管理費に含む	
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	1 人
	６５歳以上７５歳未満	1 人
	７５歳以上８５歳未満	9 人
	８５歳以上	4 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援１	施設長 人
	要支援２	0 人
	要介護１	0 人
	要介護２	4 人
	要介護３	5 人
	要介護４	4 人
	要介護５	施設長 人
入居期間別	６か月未満	5 人
	６か月以上１年未満	10 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
喀痰吸引の必要な人／経管栄養の必要な人		2 人 ／ 2 人
入居者数		15 人

（入居者の属性）

性別	男性	6 人	女性	9 人	
男女比率	男性	40 %	女性	60 %	
入居率	57.6 %	平均年齢	80.4 歳	平均介護度	3.26

（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	0 人
	その他	0 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	1 人
		（解約事由の例） 特別養護老人ホームに入居されるため。

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（設置者）		株式会社 filial
電話番号 / ＦＡＸ		072-873-7211 / 072-873-7212
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・祝祭日
窓口の名称（介護サービス・事故・虐待の場合）		寝屋川市福祉部高齢介護室
電話番号 / ＦＡＸ		072-838-0518 / 072-838-0102
対応している時間	平日	9：00～17：30
定休日		土・日・祝祭日
窓口の名称（有料老人ホーム所管庁）		寝屋川市指導監査課
電話番号 / ＦＡＸ		072-812-2027 / 072-838-9800
対応している時間	平日	9：00～17：30
定休日		土・日・祝祭日
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 / ＦＡＸ		/
対応している時間	平日	
定休日		

（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	公益社団法人介護労働保険センター
	加入内容	介護サービス事業者賠償責任保険
	その他	
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	投書箱	
		実施日	随時	
		結果の開示	あり	
			開示の方法	要望があれば管内掲示
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		
			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	入居希望者に交付
管理規程	入居希望者に公開
事業収支計画書	入居希望者に公開
財務諸表の要旨	入居希望者に公開
財務諸表の原本	入居希望者に公開

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年　2回
		構成員	入居者・家族・施設長・職員
		なしの場合の代替措置の内容	
高齢者虐待防止のための取組状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催		あり
		開催頻度	年　4回
	虐待防止に関する担当者		施設長
	指針の整備		あり
	研修の定期的な実施		あり
	苦情解決体制の整備		あり
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体拘束適正化委員会の開催		あり
		開催頻度	年　4回
		責任者	施設長
	指針の整備		あり
	研修の実施		あり
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）		なし
	（上記ありの場合）身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画（BCP）		あり
	災害に関する業務継続計画（BCP）		あり
	従事者に対する周知の実施		あり
	定期的な研修の実施		あり
	定期的な訓練の実施		あり
	定期的な見直し		あり
提携ホームへの移行	なし	ありの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護	・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り扱いの為のガイダンス」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尊重する。 ・事業者及び職員はサービス提供者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。 ・事業者はサービス担当者会議とうにおいて入居者及び家族等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	・事故、災害及び急病、負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ敏速に連絡を行い適切に対応する。（緊急連絡体制・事故対応マニュアル等に基づく）例　病気・発熱（37℃以上）事故（骨折・縫合等）が発生した場合、連絡先（入居者が指定した者：家族、後見人）及びどのレベルで連絡するのかを確認する。連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。賠償すべき問題が発生した場合速やかに対応する。		

大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性	適合	不適合の場合の内容	
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	居室の実有効面積13㎡以下		
合致しない事項がある場合の入居者への説明	入居者及び家族等へ契約前、契約時に説明を行う。		
「８．既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性			
	代替措置及び将来の改善計画の内容		
大阪府有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導事項又は不適合事項	なし		
指導事項又は不適合事項の内容			
入居者への説明			

添付書類：別添１（事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス）
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）

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 年 月 日

説明者署名