

別紙様式1

重要事項説明書

		記入年月日	R1年10月1日
記入者名	松本 和夫	所属・職名	事務長

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	法人等の種類	なし	(あり)
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃぐろーばるけ 株式会社 グローバルケア	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒807-0863	北九州市八幡西区大膳二丁目21-21	
	事業主体の連絡先	電話番号	093-691-2214
		FAX番号	093-691-2215
		ホームページ アドレス	なし (あり): http:// www.gl-care.org/
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	松本 秀利	
	職名	代表取締役	
事業主体の設立年月日	平成15年 7月 7日		

事業主体が北九州市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
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
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	グローバルケアデイサービス森の家1・2・3	北九州市八幡西区大膳二丁目21-21
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	グローバルケア	北九州市八幡西区藤原三丁目10-15
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グローバルケア	北九州市八幡西区中の原一丁目4-7
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		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
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		

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) ぐろーばるけあすりーもりのいえ グローバルケアⅢ森の家	
施設の所在地	〒807-0863	北九州市八幡西区大膳二丁目21番31号
施設の連絡先	電話番号	093-691-2930
	FAX番号	093-691-2835
	ホームページアドレス	なし あり: http:// www.gl-care.org/
施設の開設年月日		平成20年5月1日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	中野 明美
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR折尾駅下車 徒歩25分 タクシー7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		
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)		
事業の開始年月日	平成20年5月1日	
指定の年月日	平成20年5月1日	
指定の更新年月日	平成26年5月1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	0.37
生活相談員					0	
看護職員					0	
介護職員	3				3	3.00
機能訓練指導員					0	
計画作成担当者					0	
栄養士					0	
調理員					0	
事務員					0	
その他従業者					0	
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						
実務者研修						
介護職員初任者研修	3					
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					1	
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 (時 ~ 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員			0			
介護職員	18時～9時		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	1				1	0.25
看護職員		1		3	4	1.00
介護職員	3				3	3.00
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	1					
実務者研修	2					
介護職員主任者研修						
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				1		
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						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 介護福祉士	
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						3

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			1			
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			2			
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			1			
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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			
<p>「第二の住まい」 障害をかかえていても。子供であってもどんな状況であっても、自分らしく暮らして欲しい。グローバルケアは、家族の一員として「個」を大切にしご不自由な面をお手伝いしつつ個人のいきがいくりに</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		なし	あり
夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無		なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		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			
(協力の内容)			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 萩原歯科
(協力の内容)			
要介護時における居室の住み替えに関する事項		なし	あり
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	住み替えません	
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	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
(その内容)		

その他()	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無 (その内容)	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> あり
要支援の者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
要介護の者を対象	なし	<input checked="" type="radio"/> あり
留意事項		
契約の解除の内容	有料老人ホーム利用契約書 第10条に記載の通り	
体験入居の内容	ご相談により実施	
入居定員	10名	
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)			H26年 7月 1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						
65歳以上75歳未満					2	2
75歳以上85歳未満						
85歳以上	1	2	1			4
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満						0
85歳以上						0
入居者の平均年齢						
入居者の男女別人数		男性	9	女性		10
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居した者の人数						
	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				1		1
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			5	1		

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		客室	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	(あり)	なし	タイプA	1	14.85 m ²
				タイプB	7	15.00 m ²
				タイプC	2	15.37 m ²
	一般居室相部屋	あり	(なし)			m ²
						m ²
						m ²
	介護居室個室	あり	(なし)			m ²
介護居室相部屋	あり	(なし)			m ²	
					m ²	
一時介護室	あり	(なし)			m ²	
共用便所の設置数	うち男女別の対応が可能な数			2		
	うち車椅子等の対応が可能な数			2		
個室の便所の設置数	個室における便所の設置割合			100%		
	うち車椅子等の対応が可能な数			10		
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		0	1	0	0	
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) 台所		
バリアフリーの対応状況						
(その内容)						
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		6,396m ²				
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				
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		木造平屋建				
建物の延床面積		80.745m ²				
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				
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	(株)グローバルケア 苦情・相談窓口		
電話番号	093-691-2214		
対応している時間	平日	9:00~18:00	
	土曜	9:00~18:00	
	日曜・祝日	9:00~18:00	
定休日等	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	北九州市介護保険課		
電話番号	093-582-2771		
対応している時間	平日	8:45~17:45	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土、日曜、祝祭日、年末年始(12月29日~1月3日は休み)		
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	あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保(介護保険・社会福祉事業者総合保険)	
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	あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保(介護保険・社会福祉事業者総合保険)	
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			
なし	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			
なし	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

利用料金の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	30万円(家賃の6ヶ月分)		
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	月額計	内 訳
			家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※ 契約書別紙を参照			
※介護サービスの自己負担額は含めない。			
算定根拠	家賃相当額		
	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	敷金として入居時30万円を申し受けます。	
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項の想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			
契約を解除・退去される場合は入居者の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の試用を超えるような使用による損耗・毀損を復旧する費用を、敷金と相殺させていただきます。その残額は、居室内の荷物などの搬出完了日から概ね2ヶ月以内に復旧に要した費用の明細書(見積もり書、修理費用明細書など)の写しを添えて利用者指定の口座に振り込みます。			
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原状回復のための費用の算定方法			
利用者及びそのが家族と、事業者双方の話し合いによる			
一時金の支払い方法			
利用者及びそのが家族と、事業者双方の話し合いによる。(敷金の返還金に準ずる)			

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	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	月額計	内 訳			
			家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費
※	契約書別紙を参照					

※介護サービスの自己負担額は含めない。 R1年10月1日現在

家賃相当額	50,000 円(生活保護 29,000 円 H29年3月1日～)
介護費用	室内掃除・洗濯代・リネン費用・布団干しなど生活援助費を含む
食費	朝食418円 昼食524円 夕食524円(税込)
夜間介護サービス費	2,100円～9,450円(介護度1～5)
自費デイサービス費	1日1,047円×利用日数(介護度1～介護度5) 12,564円～4,188円
管理費	18,840円 (水光熱費含む)
一時金	敷金として入居時30万円を申し受けます。
レクリエーション費	1回 1,000円
実 費	理美容代 教養娯楽費 オムツ代 病院診察費
ご家族宿泊費	1泊 2,000円 1食 500円(事前連絡が必要です)

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。(2割の場合有)

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	
------	--

料金改定の手続き

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		なし	あり
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」

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、有料老人ホーム入居に同意しました。

利用者 住所

署名

Ⓜ

利用者ご家族 住所

署名

Ⓜ

別添

介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備考
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	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	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担(1,000円/1回) 実費負担(4,000円/1回)
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	原則2~3日に1回実施 原則週1回以上実施 原則毎日実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	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	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	なし	あり	食事代金に含む 実費負担 必要に応じて実施 必要に応じて実施 必要に応じて実施 必要に応じて実施
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費負担 必要に応じて実施 必要に応じて実施 必要に応じて実施 必要に応じて実施
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活のリズムの記録(睡眠・排便等)	なし	あり	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	なし	あり	必要に応じて実施 必要に応じて実施
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	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	なし	あり	