

重要事項説明書

1 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------------|--------------|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 合同会社 |
| 名称 | (ふりがな) ごうどうがいしゃ りよくふうかい 合同会社 緑風会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒804-0076 北九州市戸畑区銀座2丁目6番35号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 093-642-4188 |
| | FAX番号 | 093-644-7005 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 代表者 | 氏名 | 渡邊 緑 |
| | 職名 | 代表社員 |
| 設立年月日 | 平成21年 11月 2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) | |

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) ぐいら・みどりのかせ ヴィラ・みどりの風 | |
| 所在地 | 〒804-0076 北九州市戸畑区銀座2丁目6番5号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR戸畑駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ・JR戸畑駅より徒歩で12分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 093-482-5039 |
| | FAX番号 | 093-482-5040 |
| | ホームページアドレス | http:// |
| 管理者 | 氏名 | 日村 実穂 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 平成29年12月 8日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成30年 1月 1日 | |

(類型)【表示事項】

| | | |
|------------------------------------|------------|-------|
| 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| ③ 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1又は2に 該当する場 合 | 介護保険事業者番号 | |
| | 指定した自治体名 | 県(市) |
| | 事業所の指定日 | 年 月 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 年 月 日 |

3 建物概要

| | | | |
|--------|---------|------------------------------------------|-----------|
| 土地 | 敷地面積 | 1856.21㎡ | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | ② 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり ② なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1063.40㎡ |
| | | うち、老人ホーム部分 | 757.97㎡ |
| | 耐火構造 | ① 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ） | |
| 所有関係 | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 ② 鉄骨造 3 木造 4 その他（ ） | |
| | 所有関係 | ① 事業者が自ら所有する建物 | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 | |
| 抵当権の設定 | | 1 あり 2 なし | |
| 居室の状況 | 居室区分 | 1 全室個室 | |
| | 【表示事項】 | ② 和部屋あり | |
| | 契約期間 | 1 あり（年 月 日～年 月 日） 2 なし | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | |

| | | | | | | |
|--|------|----|------|--------|-----|---------|
| | | 最少 | 1人部屋 | | | |
| | | 最大 | 2人部屋 | | | |
| | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ | |
| | タイプ1 | 有 | 無 | 18.60㎡ | 17戸 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有 | 無 | 37.20㎡ | 3戸 | 一般居室相部屋 |

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一次介護室」の別を記入。

| | | | | | |
|------------------|--------------|-----------------|-----------------|---------------|----|
| 共用施設 | 共用便所における便所 | 1ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便所 | 0ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便所 | 1ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 1ヶ所 | 個室 | 1ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | 0ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 0ヶ所 | チェア一浴 | 0ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 | |
| その他() | | | 0ヶ所 | | |
| 食堂 | ① | あり | 2 | なし | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | ① | あり | 2 | なし | |
| エレベーター | 1 | あり(車椅子対応) | 2 | あり(ストレッチャー対応) | |
| | 3 | あり(上記1・2に該当しない) | 4 | なし | |
| 消防用設備等 | 消火器 | ① | あり | 2 | なし |
| | 自動火災報知設備(A) | ① | あり | 2 | なし |
| | 火災通報設備(B) | ① | あり | 2 | なし |
| | A、Bの連動 | ① | あり | 2 | なし |
| | スプリンクラー | ① | あり | 2 | なし |
| | 防火管理者 | ① | あり | 2 | なし |
| | 防災計画 | ① | あり | 2 | なし |
| その他 | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針 | 高齢者・障害者等の総合的な福祉を見据え、「社会に貢献し、地域に溶け込んだ楽しく安定した福祉を旨とし共に発展していく」 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 重度要介護者・認知症高齢者も受入れ可能な体制を整備し、夜間も夜勤1名体制で、入居者の安全・安心を確保する。 |

| | | | |
|----------------|----------|--------|--------|
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 | 2 委託 | ③ 3 なし |
| 食事の提供 | ① 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 | ② 2 委託 | 3 なし |
| 健康管理の供与 | ① 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | ① 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |
| 生活相談サービス | ① 1 自ら実施 | 2 委託 | 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | | ① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 ④ 4 その他（訪問診療委託・入院先紹介） | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | みやび内科・眼科クリニック |
| | | 住所 | 北九州市八幡東区東田 3-2-102 |
| | | 診療科目 | 内科・眼科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療・定期検診 |
| | 2 | 名称 | 社会医療法人共愛会戸畑共立病院 |
| | | 住所 | 北九州市戸畑区沢見 2-5-1 |
| | | 診療科目 | 内科・消化器内科・循環器内科など |
| | | 協力内容 | 入院受け入れ |
| | 3 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | なかお歯科クリニック |
| | | 住所 | 北九州市戸畑区中本町 8-11 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診療・定期歯科診療 |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|----------------------|--------|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | ① 1 あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | ① 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | ① 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | | | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書に明記 | | |
| 専業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | | |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 1ヶ月 | | |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容： ） ② 2 なし | | |
| 入居定員 | 23人 | | |
| その他 | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--|---|-----------|---|---|--|---|---|---|--|
| 満 | | | | | | | | | | | |
| 1年以上3年未満 | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | |
| 3年以上5年未満 | 1 | | | 3 | 1 | | | 1 | | 1 | |
| 5年以上10年未満 | | | | 1 | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | 1 | 1 | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | ① あり 2 なし | | | | | | | |

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | 1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払方法 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり ② なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり ② 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 | 1 減額なし ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 社会情勢等の変化時に事業主と入居者の合意の上決定 |
| | 手続き | 入居契約書の再契約 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 2 | 3 |
| | 年齢 | 78歳 | 80歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.6㎡ | 37.2㎡ |
| | 便所 | ①有 2無 | ①有 2無 |
| | 浴室 | 1有 ②無 | 1有 ②無 |
| | 台所 | 1有 ②無 | 1有 ②無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0円 | 0円 |
| | 敷金 | 117,000円 | 180,000円 |
| 月額費用の合計 | | 89,000円 | 110,000円 |
| 家賃 | | 39,000円 | 60,000円 |
| サービス | 特定施設入居者生活介護の費用※1 | 円 | 円 |
| | 介護保険外※2 | | |
| | 食費 | 36,000円 | 36,000円 |
| | 管理費 | 6,000円 | 6,000円 |
| | 介護費用 | 1割(2割・3割) | 1割(2割・3割)円 |
| | 光熱水費 | 実費 | 実費 |
| | その他(高齢者生活支援サービス) | 8,000円 | 8,000円 |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | | | |
| ※2 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、本欄には記入しない) | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費用 | 算定根拠 |
|----------------------|--------------------------------|
| 家賃 | 他事業所家賃を元に算定 |
| 敷金 | 家賃の3ヶ月分 他事業所敷金を元に算定 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない |
| 管理費 | 管理費等の人件費を考慮し算定 |
| 食費 | 調理人人件費及び食材費を考慮し算定 |
| 光熱水費 | 電気料金は個別実費、その他共用部等に係る光熱費は管理費に含む |
| 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 | 平均利用回数を元に算定 |

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 7人 |
| | 女性 | 9人 |
| 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 | 2人 |
| | 85歳以上 | 13人 |
| 要介護度別 | 自立 | 1人 |
| | 要支援1 | 1人 |
| | 要支援2 | 1人 |
| | 要介護1 | 4人 |
| | 要介護2 | 6人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 1人 |
| | 要介護5 | 2人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 10人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 6人 |
| | 1年以上5年未満 | 1人 |
| | 5年以上10年未満 | 1人 |
| | 10年以上15年未満 | 1人 |
| | 15年以上 | 1人 |

(入居者の属性)

| | |
|-------------------------------------------------|-------|
| 平均年齢 | 87.5歳 |
| 入居者数の合計 | 16人 |
| 入居率※ | 70% |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------------------|----|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 1人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 3人 |
| | 死亡者 | 1人 |
| | その他 | 1人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 (解約事由の例) | 3人 |
| | 入居者側の申し出 (解約事由の例) | 1人 |

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | | |
|-----|----------|---------|----------------------|
| 1 | 窓口の名称 | | 緑風会相談室 |
| | 電話番号 | | 093-482-5039 |
| | 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:30 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日等 | |
| 2 | 窓口の名称 | | 高齢者・障害者相談コーナー (各区役所) |
| | 電話番号 | | 093-851-4800 (戸畑区) |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日等 | |
| 2 | 窓口の名称 | | 北九州市 介護保険課 |
| | 電話番号 | | 093-582-2776 |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日等 | |

(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 | ① あり | (その内容) 賠償総合保険 |
| | 2 なし | |
| 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 | ① あり | (その内容) 賠償 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | ① あり | 2 なし |

(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 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② なし | | |

9 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |

10 その他

| | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 運営懇談会 | ① あり (開催頻度) 年 1回 2 なし |
| | 1 代替措置あり (内容) 2 代替措置なし |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名:) ② なし |
| 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 | 1 あり 2 なし ③ サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の 居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要 |
| 高齢者の居住の安定確保 に関する法律第5条第1 項に規定するサービス付 き高齢者向け住宅の登録 | ① あり 2 なし |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針「6 規模及び構 造設備」に合致しない事項 | 1 あり ② なし |
| 合致しない事項がある 場合の内容 | |
| 「7 既存建築物等の 活用の場合等の特例」へ の適合性 | 1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない |

| | |
|---------------------------|--|
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針の不適合事項 | |
| 不適合事項がある場合 の内容 | |

添付書類 別添1 (事業主体が北九州市内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)

別添 1 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 | ヘルパーステーションみどり | 戸畑区銀座2丁目6番5号 |
| 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 | あり | デイサービスぎんざ | 戸畑区銀座2丁目6番5号 |
| 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 | あり | ヘルパーステーションみどり | 戸畑区銀座2丁目6番5号 |
| 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 | あり | デイサービスぎんざ | 戸畑区銀座2丁目6番5号 |
| 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 | | | |
| <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

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | なし | あり |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|--------------------------------|------|------|--------------------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担） | | | 備考 |
| | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | ○ | 実費 入居者の依頼により購入 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | |
| 特浴介助 | 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 | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | ○ | 就労支援A型事業所と契約 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | 就労支援A型事業所と契約 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | 就労支援A型事業所と契約 |
| 居宅配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | 入居者の心身の状況により対応 |
| 夜間呼び出し時の対応 | なし | あり | なし | あり | ○ | 1回15分 100円 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | |
| おやつ | | | なし | あり | ○ | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | |
| 買物代行 | なし | あり | なし | あり | | ※利用できる範囲を明確化すること |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | |

| | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|--|---|----|--------------------|
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 年1回実施 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | ※回数(年〇回など)を明記すること |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 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 | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 入退院中の洗濯物交換・買い物 | 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 | | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、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、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※ _____ 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。

説明を受けた者の署名
