

重要事項説明書

	記入年月日	
記入者名	所属・職名	

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) 医療法人社団
	名称	緑心会
自称主体の主たる事務所の所在地	〒664-0028	伊丹市西野3-258
事業主体の連絡先	電話番号	072-780-6399
	FAX番号	072-780-6398
	ホームページ	(なし)
	メールアドレス	あり
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	大橋 修
	職名	理事長
事業主体の設立年月日	平成15年12月9日	

事業主体が当該都道府県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	グリーンアルス伊丹	伊丹市西野3-240
訪問入浴介護	あり	(なし)		
訪問看護	(あり)	なし	大橋クリニック	伊丹市西野3-258
訪問リハビリテーション	(あり)	なし	大橋クリニック	伊丹市西野3-258
居宅療養管理指導	あり	(なし)		
通所介護	あり	(なし)		
通所リハビリテーション	(あり)	なし	グリーンアルス伊丹	伊丹市西野3-240
短期入所生活介護	あり	(なし)		
短期入所療養介護	(あり)	なし	グリーンアルス伊丹	伊丹市西野3-240
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〉				
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)		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	(なし)		
居宅介護支援				
〈居宅介護予防サービス〉				
介護予防訪問介護	(あり)	なし	グリーンアルス伊丹	伊丹市西野3-240
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	大橋クリニック	伊丹市西野3-258
介護予防訪問リハビリテーション	(あり)	なし	大橋クリニック	伊丹市西野3-258
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	グリーンアルス伊丹	伊丹市西野3-240
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	グリーンアルス伊丹	伊丹市西野3-240
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				
〈介護保健施設〉 (あり) なし				
介護老人福祉施設	あり	(なし)		
介護老人保健施設	(あり)	なし	グリーンアルス伊丹	伊丹市西野3-240
介護療養型医療施設	あり	(なし)		

2. 住宅概要

住宅の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
住宅の名称	(ふりがな) サービス付き高齢者向け住宅 グリーンアネックス西野
住宅の所在地	〒664-0028 伊丹市西野3丁目258番地
住宅の連宅先	電話番号 072-780-6377
	FAX番号 072-780-6377
	ホームページ (なし)
	メールアドレス あり
住宅の開設年月日	平成21年 2月 1日
住宅の管理者の氏名 及び職名	氏名 大橋 修
	職名 理事長
住宅までの主な利用交通手段	自動車
住宅の類型及び表示事項	サービス付き高齢者向け住宅

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						
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		
生活相談員						
生活支援員	5			1	6	5.7
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。						
従業者である生活支援員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	2					
介護職員初任者研修	1					
訪問介護員1級						
2級	2					1
3級						
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		合計	常勤換算人数
	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						
あん摩 マッサージ 指圧師						
夜勤を行う看護職員及び生活支援員の人数	最小時の人数(宿直の従業者を除いた人数)				1人	
	平均時の人数				1人	

4. サービスの内容

住宅の運営に関する方針		
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	大橋クリニック	
(協力の内容)	年二回の定期健康診断、必要に応じた場合の往診等	
協力歯科医療機関		
(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		
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		
別の居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
その内容:入居者と身元引受人の希望があれば、事業主体との協議により決定。		
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
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)入浴場所等		
介護居室へ移る場合 該当なし		
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)		

その他	(なし)	あり
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
居室利用権の取り扱い	(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)	
住宅の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	(あり)
要支援の者を対象	なし	(あり)
要介護の者を対象	なし	(あり)
留意事項	要介護者であって、サービス付き高齢者向け住宅「グリーンアネックス西野」での生活に適さない心身状態にあると判断した場合には、契約しない場合がある。	
契約の解除の内容	<p>* 事業主体は、入居者の健康状態や行動等が他の入居者または従業者の身体若しくは生命に危険を及ぼすおそれのある時は、入居者に対して何らかの通知勧告を要さず直ちに入居契約を解除し、居室の明渡しを求めることができるものとする。</p> <p>* 以下の場合、1ヶ月以上の予告期間において、契約を解除します。</p> <p>① 入居契約書の条項に違反したとき。</p> <p>② 自傷・他傷行為や迷惑行為等があり、通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。</p>	
体験入居の内容	2泊3日以内の日程まで可能。1人1泊*5,000円(食費は別途必要です)	
入居定員	10名	
その他		

住宅、設備等の状況				
建物の構造	建築基準法第2条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	1の居室の床面積
	一般居室個室 (あり)	なし	10	25.18㎡ ~26.00㎡
	一般居室相部屋	(なし)		
	介護居室個室	(なし)		㎡
	介護居室相部屋	(なし)		
	一時介護室	(なし)		㎡
共用便所の設置数		うち男女別の対応が可能な数		
		うち車椅子等の対応が可能な数		
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		100%
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽
		10	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) 多目的室			
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(あり)	
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内(あり)	
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内(あり)	

施設の敷地に関する事項

敷地の面積	991.99 m 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		あり
賃貸(借地)			
なし	(あり)	契約期間	始 2009年12月17日 終 2060年12月16日
		契約の自動更新	(なし) あり

施設の建物に関する事項

建物の延床面積	396.71 m 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		(あり)
賃貸(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

事業主体や住宅に設置している利用者からの苦情に対する窓口	
窓口の名称	大橋クリニック
電話番号	072-780-6399
対応している時間	月・火・木・金 9時～20時
	水・土 9時～12時
	日曜・祝日 休み
定休日等	年末年始等 日曜・祝日 年末30日～年始4日
上記以外の利用者からの苦情に対する主な窓口等	
窓口の名称	グリーンアルス伊丹
電話番号	072-779-6600
対応している時間	平日 9時～17時
	土曜 9時～17時
	日曜・祝日 9時～17時
定休日等	年末年始等 9時～17時

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)
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)

サービスの提供内容に関する特色等

(その内容) *見守りスタッフによる安心サポート、相談。

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みの状況

(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

年齢により一時金の料金が異なる場合	(なし)	あり
一時金に関する費用		
①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部の利用のための家賃相当額に充当されるもの)	(なし)	あり
名称		
	最低の額	最高の額
一人の入居の場合	円	円
	最低の額	最高の額
二人の入居の場合	円	円
	最低の額	最高の額
三人の入居の場合	円	円
一時金の償却に関する事項		
償却開始	入居をした月	なし
	上記以外	(その内容)
初期償却率(%)		
償却年月数		
解約時返還金の算定方法		
保全措置の実施状況	(なし)	あり:(その内容)
②利用者の選定による介護サービス利用料(人員配置が手厚い場合の介護サービス)	(なし)	あり
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕		
〔「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠		
	なし	あり
名称		
一時金の償却に関する事項		
償却開始	入居した月	なし
	サービス提供を開始した月	なし
	上記以外	(その内容)
初期償却率(%)		
償却年月数		
解約時返還金の算定方法		
保全措置の実施状況	ない	あり:(その内容)

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料	(なし)	あり
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕		
名称		
一時金の償却に関する事項		
償却開始		なし
		あり
初期償却(%)		
償却年月数		
解約時返還金の算定方法		
保全措置の実施状況	なし	あり
		(「あり」の場合、その内容)
④その他に要する一時金	なし	(あり)
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕①敷金210,000円		
名称		
解約時返還金の算定方法	①現状回復費を差し引いた額を返還する。	
保全措置の実施状況	(なし)	あり
		(「あり」の場合、その内容)
一時金に対する留意事項等		
	(なし)	あり
		(「あり」の場合、その内容)

介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額			
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	
〔「あり」の場合、その用途〕従業員人件費、共用部分の光熱水費・維持管理費 事務管理費、共用部分清掃、電気設備等保守点検費等			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	
1日1,900円(内訳;朝食350円、昼+おやつ800円、夕食750円)			
光熱費	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実費
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		<input checked="" type="checkbox"/>	あり
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕 〔「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない 額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
		なし	あり
個別的な選択による介護サービス		なし	あり
〔「あり」の場合、その内容及び利用料〕			
家賃相当額	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	70,000円
その他に必要な月額利用料		なし	<input checked="" type="checkbox"/>
管理費30,000円			
(その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料)			なし <input checked="" type="checkbox"/>
介護サービス等一覧をご覧ください。			

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 令和 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。