

重要事項説明書

記入年月日	平成 28 年 7 月 1 日
記入者名	宮島 勇人
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人 (株式会社)
(ふりがな) 名 称	ぐりーんらいふひがしにほん かぶしきかいしゃ グリーンライフ東日本株式会社	
主たる事務所の所在地	〒103-0028 東京都中央区八重洲 1 丁目 4 番 16 号	
連絡先	電話番号	03-5255-3338
	FAX 番号	03-5200-1177
	ホームページアドレス	http://www.cslicare.co.jp
代表者	氏名	荒井 恵二
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成	15 年 7 月 23 日
主な実施事業	※別添 1 (別を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)

(ふりがな)	シーは一つ かしわのは	
名 称	シーハーツ柏の葉	
所在地	〒277-0872 千葉県柏市十余二 409-12	
主な利用交通手段	最寄駅	つくばエクスプレス 柏の葉キャンパス駅
	交通手段と所要時間	<ul style="list-style-type: none"> ・つくばエクスプレス 「柏の葉キャンパス駅」下車、徒歩 15 分 ・「柏の葉キャンパス駅」より柏方面行東武バス約 10 分 「十余二」停留所下車バス停前 ・JR 常磐線「柏駅」より東武バス約 20 分 「十余二」停留所下車徒歩 1 分

連絡先	電話番号	04-7137-1465
	FAX 番号	04-7137-1467
	ホームページアドレス	http://www.cslicare.co.jp
管理者	氏名	宮島 勇人
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 17 年 9 月 15 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 19 年 6 月 1 日

(類型) 【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	千葉県指定 第 1272202738
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 19 年 6 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 25 年 6 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2247.71 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無 契約期間 契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし <input type="checkbox"/> 1 あり (平成 19 年 6 月 1 日～ 平成 39 年 5 月 31 日) <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
建物	延床面積	全体	2942.36 m ²
		うち、老人ホーム部分	2942.36 m ²
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 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			
		契約期間	1 あり (平成19年 6月1日～平成39年 5月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	18 m ²	59	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.90 m ²	8	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	23.3 m ²	1	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	36 m ²	5	介護居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²			
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
タイプ9	有/無	有/無	m ²			
タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「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」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における便房	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		5ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
その他()			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	1 あり 2 なし
	火災通報設備	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	高齢者の方々の新しい「住まい」として、将来に安心のあるご自分の暮らしを過ごせる、いつまでも家庭的な生活を送れる環境づくりを目的とします。
サービスの提供内容に関する特色	「やさしさ」を持ったサービスの提供を基本理念とし、利用者の必要とされている、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話などの介護サービスを提供し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように努め、自立へ促すことを目標とします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	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 委託 3 なし
健康管理の供与	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 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	看取り介護加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2
(Ⅱ)			<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅰ)ロ	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配	
			<input type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い	
			<input type="checkbox"/> 3	通院介助	
			<input type="checkbox"/> 4	その他 (診療訪問)	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 聖秀会 聖光ヶ丘病院		
		住所	千葉県柏市光ヶ丘団地 2-3		
		診療科目	内科、整形外科、眼科、皮膚科、呼吸器科、消化器科、循環器科		
		協力内容	訪問内科診療(週 1 回)、緊急時対応 (入院等)		
	2	名称	医療法人社団 誠高会 おおたかの森病院		
		住所	千葉県柏市豊四季 113		
		診療科目	内科、整形外科、眼科など		
		協力内容	施設の入居者において、通院・入院時及び緊急時の際には緊密な連携を図り、医療の提携をする。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)		
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 和晃会 さくら歯科医院			
	住所	千葉県柏市大山台 1-6 イオンタウン松ヶ崎店内			
	協力内容	訪問歯科診療 (週 1 回) (医療費その他の費用は入居者の自己負担)			

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（介護居室間の住み替え） 4 住み替えなし（この項は以下余白）
判断基準の内容	入居者の心身状態、生活への適応状況等により必要と認められた場合には、医師の意見を踏まえた上で居室の変更を行うことがございますが、費用の変更はございません。又、居室変更に際しては、事前にご本人・ご家族のご意見を伺います。
手続きの内容	①医師の意見を聞く。②本人、身元引受人の同意を得る。
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	当初の入居契約は継続する為、利用権に変更はございません。
前払金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 居室の階数及び方角に変更がある場合があります。 2 なし

(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 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	原則、65歳以上の方	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合（2名の場合はどちらも逝去した場合）②入居者又は事業者から契約解除が行われた場合	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	<ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ・月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上滞納するとき ・第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき ・入居者が正当な理由なく、長期に不在とし、本契約の継続が困難と事業者が判断したとき ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき
	解約予告期間	90日（30日の場合があります）
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 あり（内容：1泊2日あたり10,000円+消費税相当額） 2 なし	
入居定員	78人	
その他	特になし	

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	34	16	18	30.6
介護職員	32	13	17	27.6
看護職員	3	2	1	3
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	1.5
その他職員	4	1	3	2.8
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5時間

※1 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。

※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
社会福祉士		
介護福祉士	14	9
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	19	11
介護支援専門員	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	1	1
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19 時 30 分～ 7 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	3 人	2 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.5 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称		介護福祉士							
	2 なし									
	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	1		1	2						
前年度1年間の退職者数	1		5	3						
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	1年未満		1	5						
	1年以上		1	2	1					
	3年未満									
	3年以上			3	6				1	
	5年未満									
	5年以上	1	1	6	6			1		
10年未満										
10年以上	2		1	1						
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案して改定する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

(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	要支援・要介護	要支援・要介護	
	年齢	65歳以上	65歳以上(夫婦部屋)	
居室の状況	床面積	18~23㎡	36㎡	
	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	0円	0円	
月額費用の合計		327,000円+消費税相当額	591,000円+消費税相当額 ~ 624,000円+消費税相当額	
家賃		130,000円	227,000~260,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		0円	
	介護保険外※ ²	食費	60,000円+消費税相当額	120,000円+消費税相当額
		管理費	137,000円+消費税相当額	244,000円+消費税相当額
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	管理費に含む	管理に含む
その他		都度払いあり	都度払いあり	

※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、本欄には記入していない)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	借上げ賃料、市場相場より算定。
敷金	なし。
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	共用施設の維持管理、水道光熱費、備品、消耗品費、事務費、管理部門にかかる人件費。実費で提供するサービスは、介護サービス一覧表参照。
食費	厨房維持費、食材料費に基づく費用。喫食数に応じて請求する。
光熱水費	管理費に含まれる。
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	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護報酬の1割または2割
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	なし。
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
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）	円
初期償却率	%
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	0人
	医療機関	3人
	死亡者	7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	人
		(解約事由の例)

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。

窓口の名称		施設長	柏市役所法人指導課
電話番号		04-7137-1465	04-7167-1111 (代表)
対応している時間	平日	9:00~17:30	8:30~17:00
	土曜	9:00~17:30	—
	日曜・祝日	9:00~17:30	—
定休日		特になし。	土日祝祭日・年末年始

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) あいおい損害保険会社 (損害賠償責任保険)
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2013年12月
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
<input type="checkbox"/> 2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2012年2月28日
		評価機関名称	ぎょうせい総合研究所

	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年	2 回
	2 なし		
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6. 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（別を実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※_____様

説明年月日 平成 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。