

シニアハウス王喜の郷重要事項説明書

		記入年月日	平成30年4月
記入者名	末谷 千尋	所属・職名	事務長

1.j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	社会福祉法人
	名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん りよくじゅかい 社会福祉法人 緑樹会		
	法人等の主たる事務所の所在地	〒750-1114 山口県下関市王喜本町6丁目1番12号		
法人等の連絡先	電話番号	083-283-2834		
	FAX番号	083-283-2060		
	ホームページアドレス	http://ryokuiukai.jp		
	電子メールアドレス	oukinosato@violet.plala.or.jp		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	末谷 千秋		
	職名	理事長		
法人等の設立年月日		平成8年8月30日		

事業主体が山口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	王喜の郷ホームヘルプステーションいるが	下関市王喜本町6-1-12	
通所介護	あり	王喜の郷デイサービスセンター	下関市王喜本町6-1-12	
＜地域密着型サービス＞				
小規模多機能型居宅介護	あり	小規模多機能型居宅介護王喜の郷ミントの家	下関市王喜本町5-4-18	
認知症対応型共同生活介護	あり	グループホーム王喜の郷	下関市王喜本町6-1-12	
居宅介護支援	あり	王喜の郷居宅介護支援センター	下関市王喜本町6-1-12	
＜介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	王喜の郷ホームヘルプステーションいるが	下関市王喜本町6-1-12	
介護予防通所介護	あり	王喜の郷デイサービスセンター	下関市王喜本町6-1-12	
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	小規模多機能型居宅介護王喜の郷ミントの家	下関市王喜本町5-4-18	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	グループホーム王喜の郷	下関市王喜本町6-1-12	
介護予防支援	あり	王喜の郷居宅介護支援センター	下関市王喜本町6-1-12	

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) しにあはうす おうきのさと	
	シニアハウス王喜の郷	
施設の所在地	〒 750-1114	
	山口県下関市王喜本町5丁目4-18	
施設の連絡先	電話番号	083-282-1948
	FAX番号	083-283-2060
	ホームページアドレス	なし あり http://ryokujukai.jp
	電子メールアドレス	oukinosato@violet.plala.or.jp
施設の開設年月日	平成22年11月1日	
施設の管理者の氏名及び職名	氏名	末谷 千秋
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
JR(ジェイアール)西日本小月駅下車 県道45号線山陽小野田方面約2KM 車にて10分 / サンデン交通バス「王喜支所前」下車200m徒歩3分、または「小月営業所」下車約500m徒歩10分 / 高速道路中国自動車道小月インターチェンジを降り山陽小野田市方面へ5分		
施設の類型及び表示事項	住宅型有料老人ホーム 利用権方式 月払い方式 要支援・要介護者を対象 在宅介護サービスが利用できます 全室個室	
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しく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直近の年月日)		
事業の開始年月日		平成22年11月1日
指定の年月日		

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						
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	人	1 人	—	—	1 人	0.1 人
介護職員	人	人	1 人	3 人	4 人	2 人
看護職員	人	人	人	人	人	人
その他の従業者	人	人	人	人	0 人	人
夜勤・宿直を行う従業者の 人数	夜勤					0 人
	宿直					3 人
管理者の他の職務との兼務の有無					[1] 0. なし・ 1. あり	
管理者が有している当 該報告に係る介護サー ビスに係る資格等	[1] 0. なし・ 1. あり					
	1. あり:	資格等の名称	社会福祉士,介護支援専門員			

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針

職員は利用者の人権を大切に、最後までいきいきと生活できる場として運営します。また、介護が必要になった時は小規模多機能居宅介護ミントの家または法人の運営する介護保険サービスを利用して生活して頂きます。

介護予防および介護度進行予防に関する方針

介護度が進行しないように、生きがいを持って楽しく生活して頂きます。家族との連絡を密にし、地域との連携も深め出来るだけ社会との接触を図ります。

入居定員	9 人		
利用に当たっての条件	特になし		
退居に当たっての条件	常時医療的な処置を必要とする場合で、介護行為によっては行えない場合。本人、家族と話し合いながら進めさせていただきます。		
協力医療機関の名称	医療法人牛尾医院		
(協力の内容)	福田歯科医院		
協力歯科医療機関	[1] 0. なし・ 1. あり	その名称	福田歯科医院
(協力の内容)			
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	[3] 0. 職員として配置 1. 契約 2. 職員として配置 及び 契約での確保 3. なし		
	契約先の名称		
バックアップ施設の名称	施設ではないが「グループホーム王喜の郷」(認知症対応型共同生活介護)		
(協力の内容)	認知症が悪化した場合の入居		

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	室数		1の居室の床面積		
	一般居室個室	9		11.2 m ²		
廊下の幅	中廊下(向い合いの居室に面している廊 1.96 m			その他の廊下	1.96 m	
共同便所の設置数	3	うち男女別の対応が可能な数		0 か所		
		うち車いす等の対応が可能な数		3 か所		
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合		0		
		うち車いす等の対応が可能な数		0		
浴室の設備状況	浴室の数 1	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		1	0	0	0	
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
その他の共用施設の設備状況						
なし		あり (その内容)		居間		

バリアフリーの対応状況						
(その内容) 完全なバリアフリーであり車椅子にての生						
消火設備等の状況		[1] 0. なし・ 1. あり 1. あり: 火災報知器、緊急通報装置、スプリンクラー設置				
ナースコールの設置状況		[2] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり				
外線電話回線の設置状況		[2] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり				
テレビ回線の設置状況		[3] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. 各居室内にあり				
事業所の敷地に関する事項						
敷地の面積		1,778 m ²				
事業所を運営する法人が所有		[1] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり				
抵当権の設定		[0] 0. なし・ 1. あり				
貸借(借地)						
[1] 0. なし・ 1. あり		契約期間	始	平成27年4月1日	終	令和7年3月31日
		契約の自動更新			[1] 0. なし・ 1. あり	
事業所の建物に関する事項						
建物の延床面積		274.64 m ²				
事業所を運営する法人が所有		[3] 1. なし・ 2. 一部あり・ 3. あり				
抵当権の設定		[0] 0. なし・ 1. あり				
利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称		苦情相談窓口				
電話番号		083-283-2834				
対応している時間		平日	8 時	30 分	～	18 時 0 分
		土曜	8 時	30 分	～	18 時 0 分
		日曜・祭日	8 時	30 分	～	18 時 0 分
定休日等		なし				
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						
損害賠償保険の加入状況						
なし		あり		(その内容) 施設賠償責任保険加入		
サービスの提供内容に関する特色等						
(その内容) 食事の提供、洗濯・掃除の提供、24時間緊急対応						

5. サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項

一時金に関する費用

①居室に要する一時金	☒ なし	あり
②利用者の選定による介護サービス利用料	☒ なし	あり
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
④その他に要する一時金	☒ なし	あり

サービスに要する費用

月額の場合の利用料の額		100,000	円
管理費	なし ☒ あり	30,000	円
(「あり」の場合、その使途) 人件費			
食費	なし ☒ あり	37,500	円
(「あり」の場合、その使途) 朝食 250円 昼食 500円 夕食 500円			
光熱水費	なし ☒ あり	10,000	円
家賃相当額	なし ☒ あり	20,000	円
その他に必要な月額利用料	なし ☒ あり	2,500	円
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 共用部分の消耗品費(洗剤、トイレトペーパー等)、備品費として毎月2,500円徴収します。			

利用料金の改定の場合

上記「サービスに要する費用」につきましては諸物価の変動等によって改定させていただくことがあります。
その場合ご利用の皆様には1ヶ月を目安として事前にお知らせをさせていただきます。

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※ 契約を前提として説明を行った場合には説明を受けた者の署名とする