

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 6 月 10 日
記入者名	原田 賢太郎
所属・職名	管理者

## 1. 設置者概要

種類	個人 / 法人	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ユウゲンガイシャショウキ 有限会社翔貴		
主たる事務所の所在地	〒806-0058	北九州市八幡西区鉄竜1-1-49-901	
連絡先	電話番号	093-645-2662	
	FAX番号	093-645-2662	
	ホームページアドレス	https://www.shoki-utopia.jp	
代表者	氏名	原田 浩二	
	職名	代表取締役	
設立年月日	昭和 / 平成 16年 2 月 3 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

名称	(ふりがな) ガーデンハウスユートピア ガーデンハウスゆーとぴあ		
所在地	〒807-0074	北九州市八幡西区町上津役西1丁目11番20号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR黒崎駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	筑豊電鉄、三ヶ森電停 徒歩15分 西鉄バス 73番小嶺営業所行 町上津役東駅下車、徒歩5分	
連絡先	電話番号	093-612-3839	
	FAX番号	093-612-3901	
	ホームページアドレス	https://www.shoki-utopia.jp	
	メールアドレス	joylife21@major.ocn.ne.jp	
管理者	氏名	原田 賢太郎	
	職名	管理者	
建物の竣工日	昭和 / 平成 30年 5 月 12日		
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 / 平成 30年 5 月 16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の指定を受けている場合）		
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）		
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	4070702347	
	指定した自治体名	北九州市	
	事業所の指定日	平成 30年 6月 1日	
	指定の更新日（直近）	平成 36年 5月 31日	

## 3. 建物概要

土地	敷地面積			m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 ■設置者が自ら全てを所有する土地			
		2 設置者が自ら一部を所有・一部を賃借する土地			
		3 設置者が賃借する土地			
		※1又は2に該当する場合			
		抵当権の有無	有 / 無		
※2又は3に該当する場合					
契約期間	有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) / 無				
契約の自動更新	有 / 無				
建物	規模	2階建			1棟
		延床面積	全体		706.68 m <sup>2</sup>
			うち、有料老人ホーム部分		355.17 m <sup>2</sup>
	構造	1 鉄筋コンクリート造			
		2 鉄骨造			
		3 ■木造			
		4 その他 ( )			
	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	1 ■設置者が自ら所有する建物				
	2 設置者が賃借する建物				
	※1に該当する場合				
	抵当権の有無	有 / 無			
	※2に該当する場合				
	契約期間	有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) / 無			
契約の自動更新	有 / 無				

居室の状況	居室区分	1 ■ 全室個室 2 相部屋あり					
	【表示事項】	※ 2に該当する場合					
		最小	人部屋			最大	人部屋
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	有/無	10.97 m <sup>2</sup>	18	
	タイプ2	有/無	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ4	有/無	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ5	有/無	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※ 「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」のいずれかを記入。							
共用施設	共用便所における便房	1 箇所	うち男女別の対応が可能な便房			1 箇所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房			1 箇所	
	共用浴室	1 箇所	個室			1 箇所	
			大浴場			1 箇所	
	共用浴室に設置された介助浴槽	1 箇所	チェアー浴			1 箇所	
			リフト浴			1 箇所	
			ストレッチャー浴			1 箇所	
			その他 ( )			1 箇所	
食堂		(有) / 無					
入居者や家族が利用できる調理設備		(有) / 無					
エレベーター ※複数選択可	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	(有) / 無					
	自動火災報知設備	(有) / 無					
	火災通報設備	(有) / 無					
	スプリンクラー	(有) / 無					
	防火管理者	(有) / 無					
	防災計画	(有) / 無					
その他	ADL 設置						

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

運営の方針	<p>安心安全に毎日を過ごして頂く</p> <p>新しい住まいで3食を美味しくいただき、楽しく暮らして頂きます</p> <p>引きこもりや孤独感を感じないように注意を払います</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>デイサービスを利用して、十分な運動と他の方々との会話やレクリエーションで生活のリズムを作る。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<p>1 ■サービスの提供あり（設置者が実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（設置者以外が実施）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
食事の提供	<p>1 ■サービスの提供あり（設置者が実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（設置者以外が実施）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
洗濯、掃除等の家事の供与	<p>1 サービスの提供あり（設置者が実施）</p> <p>2 ■サービスの提供あり（設置者以外が実施）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
健康管理の供与	<p>1 ■サービスの提供あり（設置者が実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（設置者以外が実施）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
安否確認又は状況把握サービス	<p>1 ■サービスの提供あり（設置者が実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（設置者以外が実施）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>
生活相談サービス	<p>1 ■サービスの提供あり（設置者が実施）</p> <p>2 サービスの提供あり（設置者以外が実施）</p> <p>3 サービスの提供なし</p>

(介護サービスの内容)

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	有 / (無)	
	夜間看護体制加算	有 / (無)	
	医療機関連携加算	有 / (無)	
	看取り介護加算	有 / (無)	
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / (無)
		(II)	有 / 無
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	有 / (無)
		(I) ロ	有 / 無
		(II)	有 / 無
(III)		有 / 無	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / (無)	
※有の場合、介護・看護職員の配置率		3 : 1	

(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 その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	健和会病院町上津役診療所
		住所	八幡西区町上津役東 1-7-38
		診療科目	内科、小児科
		協力内容	往診診療
	2	名称	今井医院
		住所	八幡西区沖田 2-17-1
		診療科目	内科
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	萩原歯科医院	
	住所	八幡西区萩原	
	協力内容	訪問診療	

(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 3 その他 ( )		
判断基準の内容	一人にしておけない等		
手続きの内容			
追加的費用の有無	有 / (無)		
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	有 / (無)		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / (無)	
	便所の変更	有 / (無)	
	浴室の変更	有 / (無)	
	洗面所の変更	有 / (無)	
	台所の変更	有 / (無)	
	その他の変更	有 / 無	
	※有の場合、 変更内容	広さは皆同じですが、右左の違いや配置の違いが多少あります。	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	1 自立している者 2 要支援の者 3 ■要介護の者		
留意事項	・健康管理、体力維持を前提に考えていますので 毎日デイサービスに通い元気を保って頂きます。		
契約の解除の内容	・病状が悪化し長期入院となり復帰できなくなった場合 ・ご家族などの諸条件が変化し、入居継続が出来なくなった場合		
設置者から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	3 か月	
入居者からの解約予告期間	1 か月		
体験入居	○有 / 無		
	※有の場合、内容	食事の提供、デイサービス利用	
入居定員	18 人		
その他			

5 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載する。(同一法人が運営する他の事業所と有料老人ホームを兼業する職員も記載することがある。)

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者			0.2	0.5
生活相談員			0.2	0.8
直接処遇職員	5		0.6	7.5
うち介護職員	3		0.4	5
うち看護職員	2		0.4	1
機能訓練指導員			0.1	0.5
計画作成担当者			0.2	1
栄養士			0.5	0.5
調理員			0.5	1.5
事務員		1		0.5
その他職員		0.5		
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。				

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間		16時～9時	
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	0人	0人	
介護職員	4人	1人	

## 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 建物賃貸方式 3 終身建物賃貸方式		
利用料金の支払い方式 【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		
	※4の場合 複数選択可	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	有 / (無)		
要介護状態に応じた金額設定	有 / (無)		
入院等による不在等における 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		
	手続き		

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	45,000円
敷金	0円
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	15,000円
食費	45,000円
光熱水費	15,000円
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	※おむつ代等の日常生活費嗜好による経費 実費

## 7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	1 人	女性	10 人
年齢別	65 歳未満	0 人	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	3 人	85 歳以上	8 人
要介護度別	自立	人	要支援 1	人
	要支援 2	人	要介護 1	1 人
	要介護 2	2 人	要介護 3	3 人
	要介護 4	2 人	要介護 5	3 人
入居期間別	6 か月未満	0 人	6 か月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	10 人	5 年以上 10 年未満	0 人
	10 年以上 15 年未満	人	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	88.0	歳
入居者数の合計	11	人
入居率※	61	%
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。		

## 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)

窓口の名称	ゆ〜とびあ」苦情係	
電話番号	093-612-3839	
対応している時間	平日	8:00~20:00
	土曜	8:00~20:00
	日曜・祝日	8:00~20:00
定休日	8:00~20:00	

(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 ■加入済み		
	2 未加入		
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 の	加入する保険会社の名称	三井住友海上
	場合	加入する保険の名称	損害賠償保険
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 ■対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり)		
	2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし)		
	3 対応なし		



添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）

別添1 設置者が福岡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	有 / 無		
訪問入浴介護	有 / 無		
訪問看護	有 / 無		
訪問リハビリテーション	有 / 無		
居宅療養管理指導	有 / 無		
通所介護	有 / 無	デイサービス じょいらいふ	同一所在地
通所リハビリテーション	有 / 無		
短期入所生活介護	有 / 無		
短期入所療養介護	有 / 無		
特定施設入居者生活介護	有 / 無		
福祉用具貸与	有 / 無		
特定福祉用具販売	有 / 無		
居宅介護支援	有 / 無		

御入居者様

\_\_\_\_\_様

代筆者様

\_\_\_\_\_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