

重要事項説明書

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	営利法人
	名称	(グリーンライフかぶしきがいしゃ) グリーンライフ株式会社		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒565-0853			
	大阪府吹田市春日3丁目20番8号			
事業主体の連絡先	電話番号	06-6369-0121		
	FAX番号	06-6369-0163		
	ホームページアドレス	なし		
		<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://www.greenlife-inc.co.jp/		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	玉井 信行		
	職名	代表取締役社長		
事業主体の設立年月日	平成6年5月			

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) りはもーどうゝいら リハモードヴィラ		
施設の所在地	〒270-1431		
	千葉県白井市根235-2		
施設の連絡先	電話番号	047-497-1790	
	FAX番号	047-497-1840	
	ホームページアドレス	https://www.greenlife-inc.co.jp/facility/rehamode-villa-shiroi/	
施設の開設年月日	平成24年8月1日		
施設までの主な利用交通手段			
北総鉄道北総線 白井駅から京成バス西船橋駅行き 富笠道・競馬学校下車 徒歩5分			
新京成電鉄新京成線 鎌ヶ谷大仏駅京成バス白井車庫行き 白井新田下車 徒歩5分			
施設の類型及び表示事項	サービス付き高齢者向け住宅		
サービス付高齢者向け賃貸住宅の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又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年月日）			
事業の開始（予定）年月日	平成24年8月1日		
指定の年月日	令和7年1月1日		
指定の更新年月日	令和12年12月31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＞※居宅介護予防サービス含む		
訪問介護（介護予防サービス含む）	リハモードデリ訪問介護ステーション	千葉県白井市
通所介護（介護予防サービス含む）	楽リハデイサービスセンター白井	千葉県白井市
＜地域密着型サービス＞		
認知症対応型通所介護（介護予防サービス含む）	リハモードテラス	千葉県白井市
小規模多機能型居宅介護（介護予防サービス含む）	リハモードケア	千葉県白井市
地域密着型特定施設入居者生活介護	リハモードホーム	千葉県白井市
居宅介護支援事業所	リハモードナビ	千葉県白井市

3. 従業者に関する事項

従業者人数

職種別の従業者の人数及びその勤務形態			
サービス付き高齢者向け賃貸住宅に関わる併設事業所を含む従業者人数			
実人数	職員		合計
	専従	非専従	
管理者		1人	1人
生活相談員		1人	1人
介護職員 （リハモードデリ訪問介護事業所）	2人以上		2人以上
日勤、夜勤を行う介護職員の人数			
介護職員	7:00～20:00 2人以上	20:00～翌6:59 1人以上	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針	
<p>私たちは、医療・福祉・保健の分野において、健康を願う人・支える人、双方の信頼に応え、価値ある製品とサービスを提供し、いきいきとした豊かな社会づくりに貢献します。</p>	
介護サービスの内容、利用定員等	
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別途契約による
協力医療機関の名称	<p>医療法人社団 東光会 北総白井病院 内科・外科・整形外科・耳鼻咽喉科 他</p>
協力歯科医療機関	<p>医療法人社団 郁栄会 我孫子中央歯科室</p>
<p>（協力の内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> 協力科目：入居者の診察及び治療 疼痛時の対応（随時）（医療費その他の費用は入居者の自己負担） 	

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
入居者の条件	<ul style="list-style-type: none"> 概ね60歳以上の者 要介護、要支援認定を受けている60歳未満の者 		
身元引受人、連帯保証人の条件、義務等	入居者の利用料を連帯して支払う責任を負い、入居契約の解除の際は入居者を引き取る事になります。		
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> 契約の自動終了 ① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 <ul style="list-style-type: none"> 30日間の予告期間において、契約解除を行う場合 ① 事業者から契約解除が行われた場合 <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とき 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける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 		
入居定員	51人		
医療を必要とする場合の処遇	協力医療機関、または入居者の方が選択する医療機関において治療を受けることが出来ます（自費）。 通院の付き添い、入退院時の移送、入院中の付き添いは致しません。 入院が長期に渡った場合でも契約は存在しますので、賃料、共益費、基本サービス費はいただきます。		

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	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	あり	なし	m ²	
	介護居室個室	あり	なし	51	51
個室の便所の設置数	便所設置個室	個室における便所の設置割合		51	
	共同便所	うち車椅子等の対応が可能な数		2	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴（リフト浴）		4（3）	
その他、浴室の設備に関する事項					
食堂の設備状況	あり				
入居者等が調理を行う設備状況			あり		
その他、共用施設の設備状況					
なし	あり	（その内容） 玄関、ロビー、食堂（リビングとしても使用）、浴室、エレベーター、非常階段、駐車場、キッチン			

バリアフリーの対応状況			
(その内容) トイレ、浴室に手すりを設置。車椅子での移動可能			
緊急通報装置の設置状況	各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況	各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況	各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項			
敷地の面積	7454㎡		
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
貸借(借地)			
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

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	リハモードヴィラ 管理者 飯塚 明美		
電話番号	047-497-1790		
対応している時間	平日	8:45~17:45	
	土曜	8:45~17:45	
	日曜・祝日	8:45~17:45	
定休日等	無し		

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

損害賠償責任保険の加入状況			
なし	あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保	
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事			
なし	あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保	
料金改定の手続	利用料、運営管理費、食費及び提供するサービス費用の額を改定する際は当該施設が所在する千葉県が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し協議します。		

利用料金

プラン名称	月額	(内訳)			
	計	家賃	食費 (30日)	共益費	基本サービス費
標準プラン	190,500円	73,000円	57,000円	38,500円	22,000円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					

契約日 年 月 日

貸主（甲） 住所 大阪府吹田市春日三丁目 20 番 8 号
氏名 グリーンライフ株式会社 代表取締役 玉井 信行 印
電話番号 06-6369-0121

説明者署名 _____ 印

重要事項の説明により、貸主より説明を受けました。

契約書に記載された内容及び事業所が利用者に対してサービスを提供する上で知り得た情報につき、入居者がサービス提供を受けるために必要な限度で、貸主が個人に関する情報を用いることに同意します。

借主（乙） 住所

氏名 _____ 印
電話番号 _____

署名代行者

私は、本人の契約意思を確認し署名代行しました。

入居者との関係

住所

氏名 _____ 印