

重要事項説明書
(楓コート)

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 平成29年10月1日 |
| 記入者名 | 高木 健吾 |
| 所属・職名 | ゼネラルマネージャー |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------------------|---|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) だいえいふどうさんかぶしきがいしゃ 大栄不動産株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒103-0022 東京都中央区日本橋室町1丁目1番8号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3244-0625 |
| | FAX番号 | 03-3244-0950 |
| | ホームページアドレス | http://www.daiei-re.jp |
| 代表者 | 氏名 | 石村 等 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和25年11月7日 | |
| 主な実施事業 | 不動産業、在宅介護サービス事業、施設介護サービス事業 | |

(運営受託サービス会社の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先)

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) ぐりーんふおれすとけあかぶしきがいしゃ グリーンフォレストケア株式会社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒360-0833 埼玉県熊谷市広瀬 800 番地 2 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-528-0770 |
| | FAX 番号 | 048-528-0771 |
| | ホームページアドレス | http://www.gfv.jp |
| 代表者 | 氏名 | 佐橋 広司 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成 13 年 9 月 18 日 | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|---------------|---|--|
| 名称 | ゆうりょうろうじんほーむ ぐりーんふおれすとびれっじ「かえでこーと」 有料老人ホーム グリーンフォレストビレッジ「楓コート」 | |
| 所在地 | 〒360-0833 埼玉県熊谷市広瀬 800 番地 2 号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | ひろせ野鳥の森駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 秩父鉄道 ひろせ野鳥の森駅より徒歩 3 分 自動車利用の場合、関越自動車道 東松山 IC 下車約 30 分、花園 IC 下車約 20 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-528-0770 |
| | FAX番号 | 048-528-0771 |
| | ホームページアドレス | http://www.gfv.jp |
| 管理者 | 氏名 | 高木 健吾 |
| | 職名 | ゼネラルマネージャー |
| 建物の竣工日 | | 平成19年10月10日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成19年11月11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を提供する場合） | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |
| | 指定した自治体名 | |
| | 事業所の指定日 | |
| | 指定の更新日（直近） | |

3. 建物概要

| | | | |
|---------|-----------|--|-----------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 21,275.36 m ² | |
| | 所有関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|----------------------------|--------|--------|
| 建物 | 延床面積 | 全体 | | 15,427.28 m ² | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | | 15,427.28 m ² | | |
| | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| | | 構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | |
| | 所有関係 | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 個室、二人室 | | | | |
| | | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 43.34~47.3 m ² | 110 室 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 55.3~57.69 m ² | 12 室 | 一般居室個室 |
| | タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 45.13~47.68 m ² | 6 室 | 一般居室個室 |
| タイプ4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 35.39~37.48 m ² | 30 室 | 一般居室個室 | |
| タイプ5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 44.94~45.49 m ² | 2 室 | 一般居室個室 | |
| タイプ6 | 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 | 11ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 3ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 9ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 介護浴室 | 0ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 2ヶ所 | | |
| 共用浴室における 介護浴槽 | 0ヶ所 | チェアー浴 | 0ヶ所 | | | |
| | | リフト浴 | 0ヶ所 | | | |
| | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 | | | |
| | | その他 () | 0ヶ所 | | | |

| | | | | | |
|--------|--|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------|
| | 食堂 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | エレベーター | <input type="checkbox"/> 1 | あり (車椅子対応) | <input type="checkbox"/> 2 | あり (ストレッチャー対応) |
| | | <input type="checkbox"/> 3 | あり (上記1・2に該当しない) | <input type="checkbox"/> 4 | なし |
| 消防用設備等 | 消火器 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| その他 | レストラン、カフェ、パーティールーム、多目的ホール、フィットネスルーム、カルチャールーム(6室)、理美容室(エステルーム)、ディライトルーム、トランクルーム、ドラッグストア、大浴室・露天風呂(2室)、ペットケアルーム、庭園(菜園、ガーデニング、パターゴルフ)等 | | | | |

4. サービスの内容 (全体の方針)

| | | | | | |
|-----------------|---|------|---------------------------------------|----|--|
| 運営に関する方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 個人の自由、尊厳、プライバシーの尊重 2. お一人お一人に合わせた生活のお手伝い 3. お客様の生活と心、そしてご家族様を重視 4. 従業員の質の向上 | | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 天然温泉、フィットネスルーム等日々の生活に賑わいをもたらす設備、24時間有人対応等の、安心して生活できる体制を備えてあります。 | | | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 | 委託 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 委託 | <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 | 委託 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 | 委託 | <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 | 委託 | <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 | 委託 | <input type="checkbox"/> 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|----|---------------------|--|----|------------------------------|--|------|--|---|------|---|---|----|-----------------------------|--|------|---|--|------|------------------|--|------|---|---|----|----------------|--|----|-----------------------------|--|------|---|--|------|--------------------------|---|----|-------------|--|----|-----------------------------|--|------|----------------------------------|--|------|---|
| <p>医療支援</p> <p>※複数選択可</p> | <p><input type="checkbox"/> 1 救急車の手配</p> <p><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い</p> <p><input type="checkbox"/> 3 通院介助</p> <p><input type="checkbox"/> 4 その他（通院送迎）</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>協力医療機関</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="384 434 549 775">1</td> <td data-bbox="549 434 740 483">名称</td> <td data-bbox="740 434 1463 483">社会福祉法人 埼玉慈恵会 埼玉慈恵病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 483 549 533"></td> <td data-bbox="549 483 740 533">住所</td> <td data-bbox="740 483 1463 533">埼玉県熊谷市石原 3-208 ホームから 3.0 km</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 533 549 629"></td> <td data-bbox="549 533 740 629">診療科目</td> <td data-bbox="740 533 1463 629">内科、外科、整形外科、循環器内科、消化器外科 泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 629 549 775"></td> <td data-bbox="549 629 740 775">協力内容</td> <td data-bbox="740 629 1463 775">入院・治療の受入、救急医療の対応、他医療機関への入院・転院の紹介、年2回の定期健康診断の実施 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 775 549 1021">2</td> <td data-bbox="549 775 740 824">名称</td> <td data-bbox="740 775 1463 824">公益財団法人 西熊谷病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 824 549 873"></td> <td data-bbox="549 824 740 873">住所</td> <td data-bbox="740 824 1463 873">埼玉県熊谷市石原 572 ホームから 2.6 km</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 873 549 922"></td> <td data-bbox="549 873 740 922">診療科目</td> <td data-bbox="740 873 1463 922">精神科、神経科、内科、認知症外来</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 922 549 1021"></td> <td data-bbox="549 922 740 1021">協力内容</td> <td data-bbox="740 922 1463 1021">入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1021 549 1267">3</td> <td data-bbox="549 1021 740 1070">名称</td> <td data-bbox="740 1021 1463 1070">医療法人麻葉会 明戸大塚医院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1070 549 1120"></td> <td data-bbox="549 1070 740 1120">住所</td> <td data-bbox="740 1070 1463 1120">埼玉県熊谷市川原明戸 569 ホームから 2.5 km</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1120 549 1216"></td> <td data-bbox="549 1120 740 1216">診療科目</td> <td data-bbox="740 1120 1463 1216">内科、小児科、人工透析(腎センター) ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1216 549 1267"></td> <td data-bbox="549 1216 740 1267">協力内容</td> <td data-bbox="740 1216 1463 1267">入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1267 549 1576">4</td> <td data-bbox="549 1267 740 1317">名称</td> <td data-bbox="740 1267 1463 1317">医療法人 熊谷総合病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1317 549 1366"></td> <td data-bbox="549 1317 740 1366">住所</td> <td data-bbox="740 1317 1463 1366">埼玉県熊谷市中西 4-5-1 ホームから 5.9 km</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1366 549 1480"></td> <td data-bbox="549 1366 740 1480">診療科目</td> <td data-bbox="740 1366 1463 1480">内科、外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科 眼科他</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1480 549 1576"></td> <td data-bbox="549 1480 740 1576">協力内容</td> <td data-bbox="740 1480 1463 1576">入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。</td> </tr> </table> | 1 | 名称 | 社会福祉法人 埼玉慈恵会 埼玉慈恵病院 | | 住所 | 埼玉県熊谷市石原 3-208 ホームから 3.0 km | | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、循環器内科、消化器外科 泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科 | | 協力内容 | 入院・治療の受入、救急医療の対応、他医療機関への入院・転院の紹介、年2回の定期健康診断の実施 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | 2 | 名称 | 公益財団法人 西熊谷病院 | | 住所 | 埼玉県熊谷市石原 572 ホームから 2.6 km | | 診療科目 | 精神科、神経科、内科、認知症外来 | | 協力内容 | 入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | 3 | 名称 | 医療法人麻葉会 明戸大塚医院 | | 住所 | 埼玉県熊谷市川原明戸 569 ホームから 2.5 km | | 診療科目 | 内科、小児科、人工透析(腎センター) ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | | 協力内容 | 入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 | 4 | 名称 | 医療法人 熊谷総合病院 | | 住所 | 埼玉県熊谷市中西 4-5-1 ホームから 5.9 km | | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科 眼科他 | | 協力内容 | 入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 |
| 1 | 名称 | 社会福祉法人 埼玉慈恵会 埼玉慈恵病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 埼玉県熊谷市石原 3-208 ホームから 3.0 km | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、循環器内科、消化器外科 泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 入院・治療の受入、救急医療の対応、他医療機関への入院・転院の紹介、年2回の定期健康診断の実施 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 名称 | 公益財団法人 西熊谷病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 埼玉県熊谷市石原 572 ホームから 2.6 km | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療科目 | 精神科、神経科、内科、認知症外来 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 名称 | 医療法人麻葉会 明戸大塚医院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 埼玉県熊谷市川原明戸 569 ホームから 2.5 km | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療科目 | 内科、小児科、人工透析(腎センター) ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 名称 | 医療法人 熊谷総合病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 埼玉県熊谷市中西 4-5-1 ホームから 5.9 km | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科 眼科他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 入院・治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>協力歯科医療機関</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="384 1576 549 1771">1</td> <td data-bbox="549 1576 740 1626">名称</td> <td data-bbox="740 1576 1463 1626">町田歯科医院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1626 549 1675"></td> <td data-bbox="549 1626 740 1675">住所</td> <td data-bbox="740 1626 1463 1675">埼玉県熊谷市石原 1373-6 ホームから 1.0 km</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1675 549 1771"></td> <td data-bbox="549 1675 740 1771">協力内容</td> <td data-bbox="740 1675 1463 1771">治療の受入、訪問歯科診療 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1771 549 1986">2</td> <td data-bbox="549 1771 740 1821">名称</td> <td data-bbox="740 1771 1463 1821">医療法人 大明会 中村歯科医院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1821 549 1870"></td> <td data-bbox="549 1821 740 1870">住所</td> <td data-bbox="740 1821 1463 1870">埼玉県熊谷市宮前町 1-85 ホームから 3.0 km</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1870 549 1986"></td> <td data-bbox="549 1870 740 1986">協力内容</td> <td data-bbox="740 1870 1463 1986">治療の受入、訪問歯科診療 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。</td> </tr> </table> | 1 | 名称 | 町田歯科医院 | | 住所 | 埼玉県熊谷市石原 1373-6 ホームから 1.0 km | | 協力内容 | 治療の受入、訪問歯科診療 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | 2 | 名称 | 医療法人 大明会 中村歯科医院 | | 住所 | 埼玉県熊谷市宮前町 1-85 ホームから 3.0 km | | 協力内容 | 治療の受入、訪問歯科診療 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 名称 | 町田歯科医院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 埼玉県熊谷市石原 1373-6 ホームから 1.0 km | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 治療の受入、訪問歯科診療 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 名称 | 医療法人 大明会 中村歯科医院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 埼玉県熊谷市宮前町 1-85 ホームから 3.0 km | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 協力内容 | 治療の受入、訪問歯科診療 ※医療費その他の費用は、入居者の自己負担とします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | |
|----------------------------------|---|
| <p>入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可</p> | <p>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（諸事情により 1LDK より 1R 等に居室変更する場合）</p> |
| <p>判断基準の内容</p> | <p>事業運営会社：大栄不動産株式会社(以下「甲」という)、入居契約者：(以下「乙」という。)</p> <p>1. 乙の生活環境、経済状況等諸般の事情を考慮して、甲と乙が協議の上双方が同意した場合は、居室を変更することがある。</p> |
| <p>手続きの内容</p> | <p>1. 居室を変更した場合、乙が居室に対して有する利用権は、変更日より変更後の居室に移転するものとする。</p> <p>2. 居室を変更した月の月額利用料は、変更日の前日までは変更前の居室の月額利用料とし変更日からは変更後の居室の月額利用料として、その月の日数により日割り計算するものとする。</p> <p>3. 入居一時金については、契約開始日から変更日の前月迄の分を契約書別紙に定める基準により変更前の居室の金額にて償却し、変更日の当月より変更後の居室の金額にて償却を行うものとする。変更前の居室に対する償却前の預り金と、変更後居室に対する償却前の預り金に差額が生じる場合は、差額について精算を行うものとする。</p> <p>4. 居室を変更する場合、甲の指定する業者による変更前の居室のルームクリーニング及び居室内の小修理・取替え等を行うものとする。なお、甲の申し出により居室を変更する場合、その費用は甲の負担とし、乙の申し出による場合は、乙の負担とする。</p> <p>5. 居室の変更に伴う入居一時金の精算および月額利用料等の変更事項等について甲乙間にて別途覚書を締結するものとする。</p> <p>【桜ガーデンへの住み替え】</p> <p>1. 入居者は、以下の手続きを行った上でグリーン フォレスト ビレッジ「桜ガーデン 1 人室」に住替えることができます。</p> <p>2. 入居者の健康や精神的な状況、生活環境等の事情を考慮し、入居者、連帯保証人および事業者とで協議を行い、双方が合意した場合に、住替えることができます。</p> <p>3. 事業者は事前に、入居者に対して、居室面積や月額利用料等の変更内容について、書面により説明を行うものとします。</p> <p>4. 事業者と入居者は、居室変更に伴う変更事項について、別途覚書を締結するものとします。</p> <p>※ 但し、2 人入居の場合でどちらか 1 人が住替える場合には、追加的費用が必要となります。(2 室の利用となるため)</p> |

| | | | |
|--------------|--------|---|---|
| | | 【居室利用権の取扱】 | |
| | | 住替え前の居室の利用権は、住替え後の居室の利用権に移行します。 | |
| | | ※ 2人入居の場合でどちらか1人が住替える場合は、利用権は移せず、住替え前の居室の利用権は存続し、住替え後の居室の利用権を新規に取得することとなります。この場合、新規に取得する利用権について、別途費用が発生します。 | |
| | | ※ 2人入居の場合で2人が同時に住替える場合は、住替え前の居室の利用権は、住替え後の居室の利用権（2室）に移行します。（2人部屋の利用が、1人部屋2室の利用となるため） | |
| 追加的費用の有無 | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり 2 なし |
| 居室利用権の取扱い | | 当初居室の権利を移動する。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 1 | あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 | あり |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 満65歳以上の方。2人入居の場合、2人とも満65歳以上である方。 2. 2人入居の場合、2人の関係が夫婦、親子、兄弟姉妹であること。 3. 連帯保証人を2名定めていただきます <ol style="list-style-type: none"> (1) 連帯保証人は、身元引受人を兼ねるものとします。 (2) 連帯保証人2名の内1名を入居一時金返還金受取人として定めていただきます。 (3) 連帯保証人は、事業者に対する債務について、入居者と連帯して責任を負うものとします。 (4) 入居契約が解除、終了した場合に、入居者及び居室内の所有物を引き取るものとします。 4. グリーンフォレストビレッジの運営理念をご理解いただき、円滑に共同生活が営める方。 5. 入居時の費用および月々の各利用料のお支払が可能な方。 6. 公的な医療保険および介護保険に加入されている方。 | | |

| | | |
|----------------|---|--|
| 契約の解除の内容 | 〈ご入居者様からの契約解除〉 1. 入居契約締結から90日間は、予告期間をおくこと無くいつでも契約を解除することができます。 2. 入居契約開始から90日間経過後は、30日以上予告期間をもって契約解除届を提出することにより、契約を解除することができます。 3. 契約解除届を提出せずに退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った翌日から起算して10日目をもって、契約は解除されたものとします。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | ご入居者様の健康状態や行動等が、ご入居者様自身又は本物件やその他のご入居者様或いは事業者の従業員の身体または生命に危害を及ぼす恐れがある場合、等 |
| | 解約予告期間 | 30日以上 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日以上 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容：最長10日間のご利用が可能です。） 1泊1人当り3,240円（税込）3食付 ※食事をキャンセルされた場合、返金はいたしません。 2 なし | |
| 入居定員 | 290人【160室】 | |
| その他 | 事業主体 大栄不動産株式会社 運営受託会社 グリーンフォレストケア株式会社 | |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

(平成 29 年 8 月 31 日現在)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※ |
|---|-----------|----|-----|-------------|
| | 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 | | | | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | 1 | | | 外部委託 |
| 調理員 | 3 | | | 外部委託 |
| 事務員 | 14 | 14 | | 14 |
| その他職員 | 6 | 6 | | 6 |
| その他夜間警備員 | 5 | | | 外部委託 |
| 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。 | | | | |

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 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 | 月額利用料および重要事項説明書ならびに運営規程に定められた個別有料サービス一覧表について、物価動向を勘案して改定する場合があります。 |
| | 手続き | 運営懇談会で意見を聴き、個別変更契約を締結する。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | 基本プラン (1LDK2人入居) | 月額家賃ゼロプラン (1LDK2人入居) |
|-----------------|---------|----------------------------------|----------------------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立～要介護 | 自立～要介護 |
| | 年齢 | 概 65 歳以上 | 概 65 歳以上 |
| 居室の状況 | 床面積 | 45.55 m ² | 45.55 m ² |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 2 無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 1,530 万円 | 2,300 万円 |
| | 敷金 | 0 円 | 0 円 |
| 月額費用の合計 | | 192,240 円 | 138,240 円 |
| 家賃 | | 54,000 円 | 0 円 |
| サービス費用 介護保険外 | 食費(税込) | 喫食数による実費 | 喫食数による実費 |
| | 管理費(税込) | 138,240 円 | 138,240 円 |
| | 光熱水費 | 実費 | 実費 |
| | その他 | 個別有料サービス有 | 個別有料サービス有 |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃・入居一時金 | 終身にわたって受領する家賃相当額の一部又は全部。土地建物の賃借料、建物及び敷地の維持管理費、管理事務費等を基礎とし、想定居住期間(平均 12 年程度)を勘案して算出。 |
| 敷金 | 無 |
| 管理費 | 共用部分の光熱水費、維持管理費、事務管理費、事務管理部門の人件費等より算定しています。 |
| 食費 | 朝食:565 円、昼食 822 円、夕食 1,029 円 喫食数による実費 |
| 光熱水費 | 居室内の使用分は、実費負担 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 「個別有料サービス一覧表」参照 |

(入居一時金の受領)

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| 算定根拠 | 土地建物の賃借料、建物及び敷地の維持管理費、管理事務費等を基礎とし、想定居住期間(平均 12 年程度)を勘案して算出。 | | |
| 想定居住期間 (償却年月数) | 144 ヶ月 (12 年) | | |
| 償却の開始日 | 入居日の翌日から起算します。 | | |
| 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) | 無 | | |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | 入居一時金 ÷ 償却期間 ___ 日 × (契約終了日から償却期間満了日までの実日数) | |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | 同上 | |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | | |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | 株式会社りそな銀行 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | | |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 | | |
| | 5 その他 (名称 : _____) | | |

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

(平成 29 年 9 月 30 日現在)

| | | | | |
|-------|---------------|------|---------------|------|
| 性別 | 男性 | 43 人 | 女性 | 65 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 1 人 | 65 歳以上 75 歳未満 | 15 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 55 人 | 85 歳以上 | 37 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 83 人 | 要支援 1 | 4 人 |
| | 要支援 2 | 7 人 | 要介護 1 | 6 人 |
| | 要介護 2 | 4 人 | 要介護 3 | 3 人 |
| | 要介護 4 | 0 人 | 要介護 5 | 1 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 19 人 | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 10 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 55 人 | 5 年以上 10 年未満 | 24 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 0 人 | 15 年以上 | 0 人 |
| | | | | |

(入居者の属性)

| | |
|----------------------------|--------|
| 平均年齢 | 80.9 歳 |
| 入居者数の合計 | 108 人 |
| 入居率* | 52.5% |
| ※ 入居室数の合計を入居定室数で除して得られた割合。 | |

(前年度における退去者の状況)

(平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月)

| | | |
|-------------------------------|------------|----------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 7 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 人 |
| | 医療機関 | 0 人 |
| | 死亡者 | 2 人 |
| | その他(桜ガーデン) | 6 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 13 人 |
| (解約事由の例) 自宅、併設の介護付有料老人ホームへの転居 | | |

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 | | グリーンフォレストビレッジ |
| 電話番号 | | 048-528-0770 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 9:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 |
| 定休日 | | なし |
| 上記以外の窓口の名称 | | 埼玉県熊谷市役所 福祉部長寿いきがい課 |
| 電話番号 | | 048-524-1111 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日 |
| 上記以外の窓口の名称 | | 埼玉県 福祉部高齢介護課 |
| 電話番号 | | 048-830-3240 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日 |

(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) 損害保険ジャパン日本興亜(株)の「総合賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により、入居者の生命・身体・財産に損害が発生し、且、当社が法律上の損害賠償が発生した場合に限り補償されます。 |
| | 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 | 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 | 1 あり | <input checked="" 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 | H28. 12. 4 運営懇談会アンケート用紙配布 |
| | | 結果の開示 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | 1 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 管理規程 | 1 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | <input checked="" 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 1 回 |
| | 2 なし | |
| | 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】 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| | 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 | |

| | |
|--|--|
| する届出 | 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 | 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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 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）

個別有料サービス一覧

____様の契約プランは _____(次頁)となります。

【重要事項説明書確認欄】

グリーンフォレストビレッジの入居にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。

説明年月日 平成 年 月 日

住宅型有料老人ホーム
グリーンフォレストビレッジ「楓コート」

説明者署名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者からグリーンフォレストビレッジの入居についての重要な事項の説明を受けました。

入居者

氏 名 _____ 印

(代筆者 _____ 印)

入居者

氏 名 _____ 印

(代筆者 _____ 印)

連帯保証人

氏 名 _____ 印

連帯保証人

氏 名 _____ 印

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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 | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 桜ガーデン | 熊谷市広瀬800番地2号 |
| 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＞ | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 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 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 桜ガーデン | 熊谷市広瀬800番地2号 |
| 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 | あり | なし | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | なし | あり | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------|--|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備 考 |
| | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 「個別有料サービス一覧表」参照 |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | |
| おやつ | | | なし | あり | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | | 年2回協力医療機関にて実施（実費） 提携医療機関及び当社看護師により随時実施 生活相談員及び委託栄養士により実施 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 「個別有料サービス一覧表」参照 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |

個別有料サービス一覧表

(別紙2)

| 「楓コート」サービス | サービス内容 | 利用料金(円/税込) | |
|-------------------------------|--|----------------|--------|
| 家事サービス | 居室の清掃(居室内の掃き拭き掃除、ゴミの搬出、窓の清掃) | 1回 | 2,700 |
| | 衣類の洗濯(水洗いできるもの)、乾燥 | 1回 | 1,620 |
| | ドライクリーニングの取次ぎ | 実費 | |
| | その他の家事サービス(内容によってはお請け出来ない場合もあります。) | 30分毎 | 2,160 |
| | 電球・蛍光灯交換(電球・蛍光灯代は実費) ※但し、特殊なものについてはお請け出来ない場合もあります。 | 無料 | |
| 食事ルームサービス | 体調不良等で、レストランに来られない場合の居室へのトレーサービス | | |
| | 食器でのトレーサービス | 1回 | 540 |
| | 使い捨て容器でのトレーサービス | 1回 | 270 |
| 買い物代行サービス | 個別対応による買い物代行 (買い物にかかる費用は実費負担、商品によってはお請けできない場合があります。) | 30分毎 | 1,080 |
| 手続き代行サービス | 個別対応による手続き代行 (市役所・郵便局での手続き、薬の受取等) | 30分毎 | 1,080 |
| 通院以外の買い物等外出付添いサービス | 1、タクシー、シャトルバス等を使用する場合(シャトルバス以外の交通費は実費負担) | 30分毎 | 1,620 |
| | 2、グリーンフォレストビレッジの車両を使用する場合 ※グリーンフォレストの車両は台数に限りがあり、ご希望に添えない場合もあります。 | 30分毎 | 2,160 |
| | 3、医療送迎指定区域外(旧熊谷・深谷市外、行田総合病院・行田中央病院以外) ※上記2と3はグリーンフォレストの車両を使用する為、台数に限りがあり、ご希望に添えない場合もあります。 | 30分毎 | 2,160 |
| 入居者希望による通院付添いサービス | 1、タクシー、シャトルバス等を使用する場合(シャトルバス以外の交通費は実費負担) | 30分毎 | 1,620 |
| | 2、医療送迎指定区域内(旧熊谷・深谷市内、行田総合病院・行田中央病院) | 30分毎 | 1,620 |
| | 3、医療送迎指定区域外(旧熊谷・深谷市外、行田総合病院・行田中央病院以外) ※上記2と3はグリーンフォレストの車両を使用する為、台数に限りがあり、ご希望に添えない場合もあります。 | 30分毎 | 2,160 |
| | 4、施設職員の判断で緊急受診する場合や救急車による緊急搬送した場合の付添いは無料 | 無料 | |
| 入院中の代行サービス | 身の回り品お届け、洗濯物引き取り・お届け等(洗濯、乾燥代は別途) | 30分毎 | 1,080 |
| 入院、長期外泊等による不在時居室管理 | 窓開けによる居室内の換気、観葉植物への水やり(居室清掃は含みません。) | 1回 | 540 |
| 健康診断 | 年2回任意で実施 | 実費 | |
| 寝具、タオル貸出しサービス (洗濯、乾燥料金を含む) | 1、入居者への寝具貸出しサービス | 1ヶ月 | 2,700 |
| | 2、入居者以外への寝具貸出しサービス (入居者の居室に宿泊される場合にご利用いただけます。) | 1回 | 1,080 |
| | 3、入居者、入居者以外へのタオル貸出しサービス(バスタオル1枚、フェイスタオル1枚) | 1回 | 324 |
| 理美容サービス | カット、カラーリング、パーマ、顔剃り等 | 実費 | |
| ファミリールームの利用 | 大人1人(高校生以上) | 1泊2日 (食事代別) | 5,400 |
| | 大人2人(高校生以上) | | 9,720 |
| | 小人1人(中学生以下、大人同伴の場合に限る)※乳幼児、3歳以下は無料 | | 2,700 |
| パーティールームの利用 | 貸切りでの利用 | 1時間 | 1,080 |
| 多目的ホールの利用 | 貸切りでの利用 | 1時間 | 4,860 |
| 各種カルチャールームの利用 | 貸切りでの利用 | 1時間 | 1,080 |
| カラオケルームの利用 | 貸切りでの利用 | 1時間 | 1,080 |
| バーベキューコーナーの利用 | バーベキューコーナーの利用、用具の貸出し(事前準備、利用後の片付けも含む) | 1時間 | 2,700 |
| 展望室の利用 | 貸切りでの利用 | 1時間 | 2,160 |
| 応接室の利用 | 来館者との仕事の打ち合わせや各種相談の場合のみ貸切りでご利用頂けます。 | 無料 | |
| トランクルームの利用 | 楓コート内、トランクルームの利用 | 1ヶ月 | 8,640～ |
| 駐車場の利用 | 敷地内駐車場への自家用車の常駐 | 1ヶ月 | 3,240 |
| グリーンフォレストクラブへの参加 | 有料のグリーンフォレストクラブへの参加 | 随時ご案内 | |
| 看護師の訪問対応 | 夜間帯(17:30～翌8:30)のみ右記料金発生※日中(8:30～17:30)の対応は無料 | 30分毎 | 2,725 |
| 配薬サービス | 看護師が薬を管理し、その都度お渡し致します。※介護保険サービス利用者を除く | 1日 | 396 |
| レストランサービス(カフェバーも含む) | サービス内容 | 利用料金(円/税込) | |
| 食事料金 | レストラン「オーブス」食事可能時間 | 朝食 | 565 |
| | 朝 7:00～9:00 昼 11:30～13:30 夕 17:30～19:30 ※上記時間帯以外も入居者、ご家族等の歓談の場として、ご自由にご利用頂けます。 | 昼食 | 822 |
| | | 夕食 | 1,029 |
| | アラカートを利用される場合 | メニューによる | |
| カフェバー利用 | 毎月1回程度実施 | メニューによる | |
| 特別メニュー食 | アルコール類、おつまみ等、来客用特別料理 パーティー等特別料理、バーベキュー食材 | 実費 | |

(平成29年1月1日改定)