

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 2021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 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 昭和25年11月7日 | |
| 主な実施事業 | 不動産業、有料老人ホーム運営事業 ※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表) | |

(運営受託サービス会社の概要)

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) 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 | 長谷川 雅臣 |
| | 職名 | 代表取締役社長 |
| 設立年月日 | 平成13年9月18日 | |
| 主な実績事業 | 在宅介護サービス事業、施設介護サービス事業 | |

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 | 秩父鉄道「ひろせ野鳥の森」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 鉄道の場合 秩父鉄道「ひろせ野鳥の森」駅より徒歩 3 分 自動車の場合 関越自動車道 東松山 IC より約 30 分 花園 IC より約 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 | 県（市） |
| | 事業所の指定日 | 平成・令和 年 月 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成・令和 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--------|----------------|---|--------------------------|----------------------------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 21,275.36 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借） | | | | |
| | | 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 | 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 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 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | 2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借） | | | | |
| 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 | | | | |
| | 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 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 | 有/無 | 有/無 | 43.34～47.3 m ² | 110 室 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | 有/無 | 有/無 | 55.3～57.69 m ² | 12 室 | 一般居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | 45.13～47.68 m ² | 6 室 | 一般居室個室 |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | 35.39～37.48 m ² | 30 室 | 一般居室個室 |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | 44.94～45.49 m ² | 2 室 | 一般居室個室 |
| タイプ6 | 有/無 | 有/無 | | | | |

※「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 | 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 | 個室 | 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| 入居者や家族が利 用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | スプリンクラー | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| | 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| 緊急通報装 置等 | 居室 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし | 便所 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし | 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし | その他 (食堂) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 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、大浴場・露天風呂 (2室)、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 | 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時間友人対応等の、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 | 1 自ら実施 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|--------|--|--|
| 医療支援 | | <input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 | |
| | ※複数選択可 | <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（指定医療機関への通院送迎） | |
| 協力医療機関 | 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、脳神経外科、泌尿器科、形成外科、放射線科、麻酔科、手外科、血管外来 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 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 |
| | 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 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 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 |
| | 3 | 名称 | 医療法人麻葉会 あけとクリニック |
| | | 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） |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 協力内容 | 治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 |

| | | | |
|--------------|---|------|--|
| | 4 | 名称 | 社会医療法人 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、呼吸器内科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科・他 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 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 |
| | 5 | 名称 | 大塚医院ファミリークリニック |
| | | 住所 | 埼玉県熊谷市大麻生 1396 ホームから 2.3Km |
| | | 診療科目 | 内科、小児科 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 協力内容 | 治療の受入、他医療機関への入院・転院の紹介 |
| 協力歯科 医療機関 | 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) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | |
|--------------------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | <ul style="list-style-type: none"> 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） |
| 判断基準の内容 | <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> |
| 手続きの内容 | <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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 |

| | | |
|--------------|---|--|
| | <p>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> <p>【居室利用権の取扱い】</p> <p>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。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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)</p> | |
| 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 | (変更内容) |
| | | 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 | 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり | 2 なし |
| 留意事項 | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 連帯保証人を2名定めていただきます</p> <p>(1) 連帯保証人は、身元引受人を兼ねるものとします。</p> <p>(2) 連帯保証人2名のうち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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6. 公的な医療保険および介護保険に加入されている方。</p> | | |
| 契約の解除の内容 | <p>〈ご入居者様からの契約解約〉</p> <p>1. 入居契約締結から90日間は、予告期間をおくことなくいつでも契約を解約することができます。</p> <p>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約届を提出することにより、契約を解約することができます。</p> <p>3. 契約解約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、契約は解約されたものとします。</p> | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>〈事業者からの契約解約〉</p> <p>事業者は、次の各号の一に該当する場合には、入居者に対して30日以上予告期間をもって理由を示した予告書にて契約解除の予告を行うものとし、その予告書に記載された予告期間満了日をもって入居契約は解除されるものとする。</p> <p>(1) 入居者の健康状態や行動等が、入居者自身又は当該物件やその他のお客様あるいは事業者の従業員の身体又は生命に危害を及ぼすおそれがある場合等、当該物件における生活の継続が困難であると合理的に判断されるとき。</p> <p>(2) 入居契約書 第25条の規定に違反しその改善が見られないとき。</p> | |

| | | |
|--------------|---|---|
| | | <p>2. 次の各号の一に該当する場合には、事業者は、入居者に対して何らの催告を要さず直ちに入居契約を解除し、当該物件の明渡しを求めることができる。</p> <p>(1) 入居者が月額利用料その他の支払いの遅滞が正当な理由なく3ヶ月分以上に達し、利用料を支払うよう催告したにもかかわらず、その日から起算して14日以内に支払われないとき。</p> <p>(2) 入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居したとき。</p> <p>(3) 入居者又はその関係者が事業者又はその従業員に対して、入居契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき。</p> <p>(4) 入居者が入居契約書の各条項又は運営規程に違反し、事業者が再三にわたり改善の要求をしたにもかかわらず改善の見込みがないと事業者が判断したとき。</p> <p>(5) 入居契約書 第12条の確約に反する事実が判明したとき。</p> <p>(6) 入居契約締結後に自らが反社会的勢力に該当したとき。</p> <p>3. 前項より事業者が入居契約を解除した場合、入居者は退去日をもって月額利用料および入居一時金の月額償却金額相当額の合計金額の3ヶ月分相当額を解除違約金として事業者を支払うものとする。但し、契約解除又は明渡し遅延により事業者が被った損害賠償の請求を妨げない。</p> <p>4. 前項の違約金の支払方法は、償却前の入居一時金がある場合には、償却前の入居一時金から違約金以外の入居契約にかかる入居者の事業者に対する債務を差引いた後の残額と対当額をもって相殺するものとし、不足が生じた場合には入居者は解除日に不足額を事業者を支払うものとする。</p> |
| | 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 | <p>1 あり（内容：最長10日間のご利用が可能です。） 1泊1人当たり3,300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。</p> <p>2 なし</p> | |

| | |
|------|--|
| 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)

(2021年8月31

日現在)

| | 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 | | 1.0 |
| 生活相談員 | 3 | 3 | | 2.5 |
| 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 | 16 | 15 | 1 | 15.9 |
| その他職員 | 7 | 5 | 2 | 6.6 |
| その他夜間警備員 | 3 | | | 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※2 | | | | 40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。 | | | | |

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 | 1 あり <input 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 | 所在地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、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 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 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 | | 194,800 円 | 140,800 円 | |
| 家賃 | | 54,000 円 | 0 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費 | 喫食数による実費 | 喫食数による実費 |
| | | 管理費 | 140,800 円 | 140,800 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 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 |

※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・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 |
| 介護費用 | 介護サービスは提供致しません。 |
| 管理費 | 共用部分の光熱水費、維持管理費、事務管理費、事務管理部門の人員費等より算定しています。 |
| 食費 ※税込にて表記 | 朝食:565 円※軽減税率対象、昼食 838 円、夕食 1,048 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 | 別添 2 および「個別有料サービス一覧」参照 ※施設内売店につき、軽減税率対象での実費負担になります。 |
| その他のサービス利用料 | 無 |

(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 | |
| 初期償却率 | 0% | |
| 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)

(2021年9月30

日現在)

| | | | | |
|-------|------------|-----|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 53人 | 女性 | 88人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 | 65歳以上75歳未満 | 19人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 59人 | 85歳以上 | 62人 |
| 要介護度別 | 自立 | 98人 | 要支援1 | 20人 |
| | 要支援2 | 9人 | 要介護1 | 7人 |
| | 要介護2 | 5人 | 要介護3 | 2人 |
| | 要介護4 | 0人 | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 | 6ヶ月以上1年未満 | 9人 |
| | 1年以上5年未満 | 78人 | 5年以上10年未満 | 37人 |
| | 10年以上15年未満 | 10人 | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | |
|----------------------------|--------|
| 平均年齢 | 82.3歳 |
| 入居者数の合計 | 141人 |
| 入居率* | 76.87% |
| ※ 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)

| | | |
|---------|------------|-------------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 2人 |
| | 社会福祉施設 | 1人 |
| | 医療機関 | 1人 |
| | 死亡者 | 3人 |
| | その他(桜ガーデン) | 12人 |
| 生前解約の状況 | | 0人 |
| | 施設側の申し出 | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 16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) ※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 | | グリーンフォレストビレッジ「楓コート」 |
| 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 (平日のみ) | | 9:00~17:00 |
| 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 (平日のみ) | | 9:00~17:00 |
| 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(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。 |
| | <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 type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |

| | | | | |
|--|------|-------|------|------|
| | | 結果の開示 | 1 あり | 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 | 1 入居希望者に公開 | 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 | 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 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 | 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 | 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|---|--------------|
| 運営懇談会 | 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:) | |
| | 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 | 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 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 2 なし | |
| 合致しない事項ある場合の内容 | | |
| 「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 2 なし | |
| 不適合事項ある場合の内容 | | |

添付書類：別添1（別の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 _____ 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

入居者

氏名 _____ 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 | | | 併設・隣接の状況 | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|----------|--------|------------|
| ＜居宅サービス＞ | | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 桜ガーデン | 熊谷市広瀬800-2 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜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 | 併設・隣接 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜居宅介護予防サービス＞ | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | 桜ガーデン | 熊谷市広瀬800-2 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜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 | 併設・隣接 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護型医療院 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| ＜介護予防・日常生活支援総合事業＞ | | | | | |
| 訪問型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| その他の生活支援サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |

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 | | | | 備考 | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----|----|------|------|------|--|
| | 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 | |
| | | なし | あり | 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」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 「個別有料サービス一覧」参照 |
| 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」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 | | ○ | | 「個別有料サービス一覧」参照 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3割の利用者負担）。

- ※ 2 : 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。
- ※ 3 : 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。