

重要事項説明書

記入年月日	2018年11月1日
記入者名	伊藤 和香枝
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 ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

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	かいごつきゆうりょうろうじんほーむ グリーンふおれすとびれっじ「さくらがーでん」 介護付き有料老人ホーム グリーンフォレストビレッジ「桜ガーデン」	
所在地	〒360-0833 埼玉県熊谷市広瀬 800-2	
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	048-528-0788
	FAX番号	048-528-0787
	ホームページアドレス	http://www.gfv.jp
管理者	氏名	伊藤 和香枝
	職名	ゼネラルマネージャー
建物の竣工日		平成18年 4月14日
有料老人ホーム事業の開始日		平成18年 5月 1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型			
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業者 第1173102516 介護予防特定施設入居者生活介護事業者 第1173102516	
	指定した自治体名	埼玉県	
	事業所の指定日	平成24年10月 1日	
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	6,688.60 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	8,292.04 m ²			
		うち、老人ホーム部分	8,292.04 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 ()				
		<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	18 m ²	111 室	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36 m ²	11 室	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36 m ²	6 室	介護居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	22ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	22ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	6ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	8ヶ所	チェアー浴	4ヶ所		
			リフト浴	3ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
その他 ()			ヶ所			

	食堂	1 あり 2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし
	エレベーター	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	1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし
	火災通報設備	1 あり 2 なし
	スプリンクラー	1 あり 2 なし
	防火管理者	1 あり 2 なし
	防災計画	1 あり 2 なし
その他	リビングダイニング、ファミリールーム、ホビールーム、相談室、機能訓練室、洗濯室 パーティールーム、健康管理室、理美容室、ライブラリー等	

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	医療機関との連携により、定期診療の実施 夜間看護体制、人員配置が手厚い介護サービスの実施
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 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 3 なし
健康管理の供与	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	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

（介護サービスの内容） ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

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	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	身体拘束廃止取組の有無	1 減算型 2 基準型

	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(I) 1 あり 2 なし (II) 1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ 1 あり 2 なし
		(I)ロ 1 あり 2 なし
		(II) 1 あり 2 なし
		(III) 1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1
	2 なし	

(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（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、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)
		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。

	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。
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	<ol 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 (要介護状況により、必要と認められる場合、二人室から個室へ移る場合)
判断基準の内容	<p>1. 【専用居室(介護居室)から他の専用居室への住み替え】 要介護状況により、必要と認められる場合には、契約した専用居室から他の専用居室へ転居して頂く場合があります。</p> <p>2. 【ご入居者又は身元引受人等の希望による居室変更】 ご入居者より、居室変更の希望があった場合は、事業者は居室変更可能と判断した場合は、ご入居者及び身元引受人等と協議の上、変更先を決定します。</p>

手続きの内容	<p>1. の場合</p> <p>① 事業者の指定する医師の意見を聞く。</p> <p>② 緊急止むを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。</p> <p>③ 住み替え後の居室及び介護の内容、住み替え後の権利の内容、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び身元引受人等に説明を行う。</p> <p>④ 身元引受人等の意見を聞く。</p> <p>⑤ 入居者、身元引受人等の同意を得る。</p> <p>以上の手続きを経て、住み替え前の専用居室の利用権を本人の同意を得て変動させ、新たな専用居室の利用権を設定します。この場合月額利用料及び入居一時金の変更事項について、「覚書」を締結します。</p> <p>2. の場合</p> <p>① 変更前と変更後の居室において入居一時金及び月額費用が同一の場合は、「居室変更同意書」を締結することにより変更できます。</p> <p>② 変更前と変更後の居室において入居一時金及び月額費用に変更がある場合は、入居一時金及び月額費用の変更事項について、「覚書」を締結します。</p>	
追加的費用の有無	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	1 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (変更内容)

(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 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 <input type="checkbox"/> あり 2 <input type="checkbox"/> なし
留意事項	<p>① グリーンフォレストビレッジ「桜ガーデン」の運営理念をご理解頂き、円滑に共同生活を営める方。</p> <p>② 入居時、概ね 65 歳以上の方で伝染病疾患の無い方。</p>	

	<p>③ 入居時の費用及び月々の各利用料のお支払いが可能な方。</p> <p>④ 連帯保証人（兼身元引受人）を2名定めることが可能な方。</p>	
契約の解除の内容	<p>① 入居者が死亡した場合</p> <p>② 入居日から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。（死亡した場合も含みます）</p> <p>③ 入居日から90日経過後は、1ヶ月間の予告期間をもって事業者の定める契約解除届けを事業者に提出するものとし、その契約解除届に記載された予告期間満了日に契約は解除され、居室を明け渡さなければなりません。但し予告に代えて1ヶ月分の月額利用料を支払って即時解除することができます。</p>	
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、ご入居者様自身または「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	定め無し
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<p>① あり（内容：自立～重度の要介護の方）</p> <p>自立 6,480円、要支援 7,560円、要介護1 8,640円 要介護2 9,720円、要介護3 10,800円、要介護4 11,880円 要介護5 12,960円・・・税込</p> <p>※利用料金 1泊2日3食付 最大6泊7日までご利用頂けます。 ※介護保険は適用されませんので、全額自己負担となります。 上記料金には食費・水光熱費・介護サービス費（但し、個別の要望に基づく外出付添い等を除く）が含まれます。</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	145人【128室】	
その他	<p>事業主体 大栄不動産株式会社</p> <p>運営受託会社 グリーンフォレストケア株式会社</p>	

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

(職種別の職員数)**【平成 30 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		0.5
生活相談員	3	3		2.0
直接処遇職員	69	52	17	57.8
介護職員	60	48	12	53.8
看護職員	9	4	5	4.0
機能訓練指導員	2	1	1	0.6
計画作成担当者	2	2		2.0
栄養士	1	1		1(委託)
調理員	4	4		4(委託)
事務員	4	2	2	3.9
その他職員	10		10	4.8
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。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	1	1	
介護福祉士	27	22	5
実務者研修の修了者	5	5	
初任者研修の修了者	24	17	7
介護支援専門員	1		1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士	1		1
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20 時～ 7 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	5 人	4 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率*	a 1.5 : 1 以上	c 2.5 : 1 以上
	【表示事項】	b 2 : 1 以上	d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	1.88 : 1	

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称		正看護師							
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	16	4						
前年度1年間の退職者数	0	0	15	4					1	1
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満		6	1						
	1年以上		9	1	2		1		1	
	3年未満									
	3年以上			6	0					
	5年未満									
	5年以上			13	7					1
10年未満										
10年以上	4	5	10	4	1			1		
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

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 checked="" 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 checked="" 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	運営懇談会の意見を聴き、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	月額家賃減額プラン
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	18.0 m ²	18.0 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	600 万円	900 万円
	敷金	0 円	0 円

月額費用の合計		281,760 円	231,760 円	
家賃		80,000 円	30,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	(要介護2 1割負担目安) 18,161 円	(要介護2 1割負担目安) 18,161 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費(税込)	59,400 円	59,400 円
		管理費(税込)	70,200 円	70,200 円
		介護費用	(上乗せ介護費) 54,000 円	(上乗せ介護費) 54,000 円
		光熱水費	0 円	0 円
その他	個別有料サービス有	個別有料サービス有		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p> <p>※自立の場合は、生活サポート費、81,000 円(税込)をご負担頂きます。</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建設整備総額より 1 m ² 単価を算出し、家賃相当額を設定しています。
敷金	無し
介護費用	(自立)生活サポート費：桜ガーデン内で 24 時間安心して生活するために必要なサービス全般を提供します。 (人員配置が手厚い場合の介護費)：ご入居者 2.0 人に対し 1 人の介護、看護職員を配置し手厚い介護を実施します。
管理費	共用施設の維持管理・光熱水費、事務、管理部門の人件費等より算定しています。
食費	朝食、昼食、夕食、各材料費と管理費の積算により算定しています。
光熱水費	管理費に含みます。 ※別途公共料金変動負担金同意書あり
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	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護*に対する自己負担額の目安 ※「1単位当たりの単位」：10.14円					
区分	介護給付単位	月額目安	自己負担額1割	自己負担額2割	自己負担額3割
要支援1	180単位/日	54,756円/月	5,476円/月	10,952円/月	16,427円/月
要支援2	309単位/日	93,998円/月	9,400円/月	18,800円/月	28,200円/月
要介護1	534単位/日	162,443円/月	16,245円/月	32,489円/月	48,733円/月
要介護2	599単位/日	182,216円/月	18,222円/月	36,443円/月	54,665円/月
要介護3	668単位/日	203,206円/月	20,321円/月	40,641円/月	60,962円/月
要介護4	732単位/日	222,674円/月	22,268円/月	44,535円/月	66,803円/月
要介護5	800単位/日	243,360円/月	24,336円/月	48,672円/月	73,008円/月

※上記金額に、サービス提供体制強化加算（12単位/日）、夜間看護体制加算（10単位/日）及び介護職員処遇改善加算（加算率8.2%）が加算されます。但し、夜間看護体制加算は要介護認定された方のみ、対象となります。

※看取り介護加算 算定要件を満たしている場合
 死亡日以前4～30日 144単位/日
 死亡日前日及び前々日 680単位/日
 死亡日 1,280単位/日

算定要件
 ・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
 ・利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
 ・医師、看護師又は介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じて、随時介護が行われていること。・夜間看護体制加算を算定していること。

※その他、退院・退所時連携加算、若年性認知症入居者受入加算があります。

特定施設入居者生活介護*における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	（前掲）
--	------

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

(入居一時金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算定	
想定居住期間（償却年月数）	60ヶ月	
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）	無し	
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	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【平成30年10月31日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	30人	女性	87人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	5人
	75歳以上85歳未満	31人	85歳以上	81人
要介護度別	自立	2人	要支援1	12人
	要支援2	7人	要介護1	28人
	要介護2	18人	要介護3	21人
	要介護4	15人	要介護5	14人
入居期間別	6ヶ月未満	14人	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	62人	5年以上10年未満	22人
	10年以上15年未満	11人	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87.3歳
入居者数の合計	117人
入居率*	80.7%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

(平成29年4月～平成30年3月)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	3人
	死亡者	29人
	その他	0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	5人
		(解約事由の例) 自宅、特別養護老人施設への転居

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 桜ガーデン
電話番号		048-528-0788
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		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30~17:00
	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		埼玉県熊谷市役所 福祉部長寿いきがい課
電話番号		048-524-1398
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	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) 事故発生・急変発生時連絡フローに基づく
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	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	1 あり	実施日	随時来訪時、運営懇談会個別相談
		結果の開示	1 あり 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	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 項に規定する届出	<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)

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】

本人又は身元引受人(=連帯保証人)の署名

※ _____ 様 ㊟

グリーンフォレストビレッジ桜ガーデンの入居にあたり、入居者に対して
契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

説明年月日 平成 年 月 日

介護付有料老人ホーム

グリーンフォレストビレッジ「桜ガーデン」

説明者署名 _____ ㊟

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた方の署名・捺印を求める。

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		
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		
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		