

重要事項説明書

記入年月日	2022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	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 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かいしゃ 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	https://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概要)

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 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かいしゃ 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	
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	https://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	
主な実施事業	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	(ふりがな) ぐりーんふおれすとびれっじさくらがーでん 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 番地 2	
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	048-528-0788
	FAX番号	048-528-0787
	ホームページアドレス	https://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 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	第 1173102516 号
	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 30 年 10 月 1 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（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	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 ()				
	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（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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室（縁故者居室を含む）			
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	18.0 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	36.0 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	36.0 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		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			

共用施設	共用便所における 便房	24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	23ヶ所	
	共用浴室	7ヶ所	個室	7ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	10ヶ所	チェアー浴	6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	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	2 なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他（モニターカメラ）	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	1 あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> 一部あり（共用施設）	
3 なし	3 なし	3 なし	3 なし		
その他	レストラン、パーティールーム、ファミリールーム、ホビールーム、理美容室、機能訓練室、リビングダイニング、サービスステーション、ユーティリティルーム、相談会議室、健康管理室、多機能型簡易居室 等				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	個人の自由、尊厳、プライバシーの尊重 お一人お一人に合わせた生活のお手伝い お客様の生活と心、そしてご家族様を重視
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る定期診療 24時間看護師常駐 人員配置が手厚い介護サービス
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
生活相談サービス	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	<p>① 自ら実施 2 委託 3 なし</p> <p>※原則として、パラマウントベッド製非接触型センサー「眠りSCAN(スキャン)」システムを利用して安否確認を行います。</p> <p>「眠りSCAN」は、入居者のベッド上での①睡眠②覚醒③起き上がり④離床⑤呼吸数⑥心拍数の状態を把握できるシステムです。「眠りSCAN」は介護職員が携帯しているタブレット端末(iPad)及びサービスステーションに設置しているパソコンと連動しており、介護職員はサービスステーションの他フロア内のどこの場所でも、画面上で随時、入居者の状態を確認することができます。</p> <p>又、入居者の状態に応じて設定した条件に合致した状態(覚醒・起き上がり・離床・呼吸数の異常・心拍数の異常)が発生すると、介護職員が携帯しているタブレット端末(iPad)及びサービスステーションのパソコンに通知されます。通知の際は、介護職員が入居者の居室を訪問し、状態の確認及び必要なケアを提供します。</p> <p>入居者がベッドから離床し、居室・共有部で過ごされている時は、目視で安否の確認を行います。入居者に体調の変化等が見られている際は、「眠りSCAN」だけでなく必要に応じて訪室し、状態の確認及び必要なケアを提供します。</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	入居継続支援加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	個別機能訓練加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	ADL維持等加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	夜間看護体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	医療機関連携加算		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	口腔衛生管理体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	障害者等支援加算		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	L I F E への登録		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
(III)		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
(IV)		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
(V)		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
介護職員等ベースアップ等支援加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	
短期利用（介護予防）特定施設の算定		1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1以上

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <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（協力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 1 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	
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
	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

(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	<p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p>2 介護居室へ移る場合</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（要介護状況により必要と認められる場合、二人室から個室に移る場合）</p>	
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 【入居者又は身元引受人等の希望による居室変更】 入居者又は身元引受人等より居室変更の希望があり、事業者が居室変更可能と判断した場合は、入居者及び身元引受人等と協議の上、変更居室を決定します。</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	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容)
		<input 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 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約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約届を事業者に提出するものとし、その契約解約届に記載された予告期間満了日に契約は解約され、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約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	<p>【事業者からの契約解除】</p> <p>事業者は、入居者又は連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 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</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いの遅滞が正当な理由なく 3 カ月分以上に達し、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>三 入居契約書第 23 条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、自傷又は他の入居者或いは従業員の心身・健康・生命又は財産(事業者の</p>

		<p>財産含む)に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人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</p> <p>五 従業員や他の入居者等に対する不当要求、過剰要求、ハラスメント等の威圧的言動や行動、暴力行為等により入居者等との信頼関係が著しく害されその回復が困難であり、事業者が適切なサービス提供を継続できないと判断したとき、又は、事業継続に重大な支障が及んだとき</p> <p>2 前項第五号に基づく契約解除の場合、事業者は書面にて次の手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者又は連帯保証人・身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者やその家族、連帯保証人等、その他関係者や関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 第1項第四号によって契約を解除する場合、第2項に加え次の手続きを書面にて行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 入居者に継続的医療行為が発生し、施設内での対応(医療系訪問看護を含む)が不可能と判断されたときは、本契約を解除する場合があります。</p> <p>5 入居契約書第14条(表明保証)の確約に反する事実が判明したときや本契約締結後に反社会的勢力に該当したときは、本契約を直ちに解除することができます。</p> <p>6 連帯保証人又は身元保証人が前項の何れかに該当する場合、各当事者との契約を直ちに解除することができます。その場合、事業者は新たな連帯保証人又は身元引受人の指定を求め、入居者がこれに応じないときは、本契約を解除するこ</p>
--	--	--

		とができます。 7 第1項第一号から第五号による契約解除において1室2人入居の場合、第1項第四号の解除事由に限り、どちらか一方だけ契約を解除することがあります。
	解約予告期間	定めなし
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：自立から要介護5の方） 自立：6,600円、要支援1・2：7,700円、要介護1：8,800円、要介護2：9,900円、要介護3：11,000円、要介護4：12,100円、要介護5：13,200円（税込） ※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		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

【2022年9月30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		1.0
生活相談員	4	2	2	3.0
直接処遇職員	71	55	16	61.4
介護職員	60	50	10	55.7
看護職員	11	5	6	5.7
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	3	3		2.5
栄養士	1	1		1(委託)
調理員	4	4		4(委託)
事務員	3	3		3.0
その他職員	8		8	2.6

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数	40時間
<p>※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います。</p>	

(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	32	25	7
実務者研修の修了者	6	6	
初任者研修の修了者	18	15	3
介護支援専門員			

(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			
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19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	5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	契約上の職員配置比率 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 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)	1.70 : 1

(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		1	13							
前年度1年間の退職者数	1		9	2						
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満			2						
	1年以上 3年未満			9		2	2		1	
	3年以上 5年未満			9	1					
	5年以上 10年未満	2		19	2				2	
	10年以上	3	6	11	7			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】	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	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式	<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	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	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 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		306,274 円	256,274 円	
家賃		80,000 円	30,000 円	
サービス費用	介護保険外 ^{※2}	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) 18,374 円	(要介護 2 1 割負担目安) 18,374 円
		食費(税込) ^{※3}	59,400 円	59,400 円
		管理費(税込)	71,500 円	71,500 円
		介護費用 ^{※4}	(上乗せ介護費) 77,000 円	(上乗せ介護費) 77,000 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</p> <p>※3 上記の食費に係る消費税については、軽減税率(8%)の対象となります。それ以外の飲食料品の提供は、軽減税率の対象外(10%)とします。尚、施設内売店における飲食料品は軽減税率(8%)の対象となります。</p> <p>※4 要支援 1～要介護 5 の方は、特別介護費 77,000 円(税込)、自立の方は、生活サポート費 104,500 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	介護保険でカバーされない介護・看護サービス費用の一部として、合理的な算定根拠に基づき算定しています。 (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。 (要支援 1～要介護 5)特別介護費：入居者 2 人に対し 1 人以上の介護・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)

費目		算定根拠			
特定施設入居者生活介護*に対する自己負担		基本報酬及び各加算の利用者負担分			
公的介護保険の自己負担額の目安(1 単位あたりの単価：10.14 円)					
区分	介護給付単位	月額目安(30 日)	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	182 単位/日	55,364 円/月	5,537 円/月	11,073 円/月	16,610 円/月
要支援 2	311 単位/日	94,606 円/月	9,461 円/月	18,922 円/月	28,382 円/月
要介護 1	538 単位/日	163,659 円/月	16,366 円/月	32,732 円/月	49,098 円/月
要介護 2	604 単位/日	183,736 円/月	18,374 円/月	36,748 円/月	55,121 円/月
要介護 3	674 単位/日	205,030 円/月	20,503 円/月	41,006 円/月	61,509 円/月
要介護 4	738 単位/日	224,499 円/月	22,450 円/月	44,900 円/月	67,350 円/月
要介護 5	807 単位/日	245,489 円/月	24,549 円/月	49,098 円/月	73,647 円/月
上記金額に、サービス提供体制強化加算(6 単位/日)、夜間看護体制加算(要介護認定を受けた方のみ 10 単位/日)、科学的介護推進体制加算(40 単位/月)、口腔衛生管理体制加算(30 単位/月)及び介護職員処遇改善加算(加算率 8.2%)、介護職員等特定処遇改善加算(加算率 1.2%)、介護職員等ベースアップ等支援加算(加算率 1.5%)が加算されます。その他、退院・退所時連携加算(入居日から 30 日以内の期間 30 単位/日)、若年性認知症入居者受入加算(40 歳～65 歳 120 単位/日)があります。					

費目	算定根拠
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
※介護予防の場合を含む。	

(前払金の受領)

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）	5年(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）	なし	
返還金の算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了	入居一時金÷償却期間日数×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数)
	入居後3ヶ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

【2022年10月31日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	26人	女性	90人
年齢別	65歳未満	0人	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	19人	85歳以上	94人
要介護度別	自立	3人	要支援1	8人
	要支援2	6人	要介護1	30人
	要介護2	19人	要介護3	18人
	要介護4	18人	要介護5	14人
入居期間別	6ヶ月未満	12人	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	48人	5年以上10年未満	37人
	10年以上15年未満	7人	15年以上	3人

(入居者の属性)

平均年齢	88.8 歳
入居者数の合計	116 人
入居率*	80%
※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)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	4 人
	死亡者	17 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	7 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)

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・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 介護福祉課 苦情対応係
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30~12:00 13:00~17:00
	土・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・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(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時来訪時、運営懇談会個別相談時
		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 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	
	<input type="checkbox"/> 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 (別に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 _____ ㊞

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致しました。

説明年月日 2022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 _____ ㊞