

重要事項説明書

| | |
|-------|----------------------|
| 記入年月日 | 2021年4月1日 |
| 記入者名 | 中野 美由起 |
| 所属・職名 | グッドタイムホーム・ 三郷 施設長 |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について(平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡)」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしがいしや そうせいじぎょうだん 株式会社 創生事業団 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒810-0005 福岡県福岡市中央区清川1丁目3-1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 092-526-8730 |
| | FAX 番号 | 092-526-8740 |
| | ホームページアドレス | http://www.goodtimehome.com |
| 代表者 | 氏名 | 伊東 鐘賛 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成10年8月25日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1(別々に実施する介護サービス一覧表) | |

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) ぐっどたいむほーむ みさと グッドタイムホーム・三郷 | |
| 所在地 | 〒341-0038 埼玉県三郷市中央3-16-7 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | つくばエクスプレス「三郷中央」駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①電車利用の場合 ・つくばエクスプレス「三郷中央」下車 徒歩6分(約500m) ②自動車利用の場合 ・首都高速6号線「三郷IC」より車で約6分(約2km) |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-949-0302 |
| | FAX 番号 | 048-949-0306 |
| | ホームページアドレス | http://www.goodtimehome.com |
| 管理者 | 氏名 | 中野 美由起 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成 22年8月31日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 令和 元年10月1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) | | |
| 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 | 第 1171201864 号 |
| | 指定した自治体名 | 埼玉 県・市 |
| | 事業所の指定日 | 令和元年10月1日 |
| | 指定の更新日(直近) | 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|--|----------------|--|-----------------|--------|-------|--------|
| 土地 | 敷地面積 | 1,771.17㎡ | | | | |
| | 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 | | | | |
| | | 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 | 2,585.40㎡ | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2,585.40㎡ | | | |
| | 耐火構造 | ① 耐火建築物 | | | | |
| | | 2 準耐火建築物 | | | | |
| | | 3 その他() | | | | |
| | | 4 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 | | | | | |
| | 抵当権の設定 | ① あり 2 なし | | | | |
| | 契約期間 | 1 あり (2010年9月1日～2035年8月31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 全室個室 | | | | |
| | | 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 | /無 | 有/ | 18.00㎡ | 63室 | 介護居室個室 |
| ※「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 | 8ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 4ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 一ヶ所 | | |

| | | | | |
|------------------|---|-----------|----------|--------|
| | | | 大浴場 | 2ヶ所 |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | 一ヶ所 |
| | | | リフト浴 | 一ヶ所 |
| | | | ストレッチャー浴 | 1ヶ所 |
| | | | その他() | 一ヶ所 |
| 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 | | |
| 緊急通報装置等 | 居室 | 便所 | 浴室 | その他() |
| | ① あり | ① あり | ① あり | 1 あり |
| | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部あり |
| | 3 なし | 3 なし | 3 なし | 3 なし |
| その他 | 食堂兼機能訓練室、健康管理室、相談室、応接室、共用便所、理美容室(※理美容は外部サービス利用)、リネン室、洗濯室、脱衣室、駐車場(来客用) | | | |

4. サービスの内容 (全体の方針)

| | | | |
|-----------------|---|------|------|
| 運営に関する方針 | 特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の提供に当たって事業所の全ての職員は特定施設サービス計画に基づき入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話を行う事により要介護・要支援状態となった場合でも、利用者の心身機能の維持回復を図りその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 当施設で、提供するお食事は、「温かいものは温かく」・「冷たいものは冷たく」お召し上がり頂くをコンセプトに、ご入居者の健康状況に応じた四季折々の食材を取り入れ、栄養バランスの取れたお料理を提供いたします。 | | |
| 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 | 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 |
| | 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 |

| | | | |
|----------------------|----------------|---------------|---------|
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1あり ②なし | |
| | 医療機関連携加算 | ①あり 2なし | |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1あり ②なし | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1あり ②なし | |
| | 障害者支援加算 | 1あり ②なし | |
| | LIFEへの登録 | 1あり ②なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | ①あり 2なし | |
| | 看取り介護加算 | 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 |
| 介護職員処遇改善加算 I | ①あり 2なし | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 II | 1あり 2なし | | |
| 科学的介護推進体制加算 | 1あり ②なし | | |
| A D L維持等加算 | 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() | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団小羊会 南柏駅前クリニック |
| | | 住所 | 千葉県柏市南柏1丁目8番16号 (ホームから10.9km) |
| | | 診療科目 | 内科、腎臓内科(人工透析) |
| | | 協力内容 | 月2回の訪問診療、健康診断、健康指導、入院先の紹介、在宅診療 ※医療費その他の費用は入居者様の自己負担 |
| | 2 | 名称 | 医療法人 三愛会 三愛会総合病院 |
| | | 住所 | 埼玉県三郷市彦成3-7-17 (ホームから5.2km) |
| | | 診療科目 | 内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科 |
| | | 協力内容 | 救急対応、診察 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| | 3 | 名称 | 医療法人 三愛会 イムス三郷クリニック |
| | | 住所 | 埼玉県三郷市采女1-102-2 (ホームから2.9km) |
| | | 診療科目 | 内科、人工透析内科 |
| | | 協力内容 | 救急対応、診察、入院等 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| 4 | 名称 | 医療法人社団 協友会 吉川中央総合病院 | |
| | 住所 | 埼玉県吉川市大字平沼111 (ホームから8.5km) | |

| | | | |
|----------|------|--|---|
| | | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻科、脳外科、皮膚科、消化器科、リハビリテーション科、麻酔科 |
| | | 協力内容 | 救急対応、診察、入院等 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| | 5 | 名称 | 医療法人財団 東京勤務者医療会 東葛病院 |
| | | 住所 | 千葉県流山市下花輪409 (ホームから11.4km) |
| | | 診療科目 | 内科、循環器科、消化器科、呼吸器外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、麻酔科、リハビリテーション科、神経内科、精神神経科、婦人科、放射線科、アレルギー科 |
| | | 協力内容 | 救急対応、診察、入院等 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| | 6 | 名称 | 医療法人 松崎病院 カームメディカルクリニック広尾 |
| | | 住所 | 東京都渋谷区広尾5-11-12 (ホームから31.7km) |
| | | 診療科目 | 精神神経科、診療内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| | 7 | 名称 | 医療法人社団 高栄会 みさと中央クリニック |
| | | 住所 | 埼玉県三郷市中央1-4-13 (ホームから0.6km) |
| 診療科目 | | 内科(胃腸・循環器)外科、肛門外科、小児科 | |
| 協力内容 | | 往診、診療、予防接種等 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 康寧会 立川歯科医院 瑞江診療所 (ホームから18.5km) | |
| | 住所 | 東京都江戸川区東瑞江1-12-6グリーンティエラ101 | |
| | 協力内容 | 訪問歯科診察、口腔ケア ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 | |

(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 | 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(入居契約書 第44条 参照) | | |
| 判断基準の内容 | ①あり 2なし | | |
| 手続きの内容 | ①あり 2なし | | |
| 追加的費用の有無 | 1あり ②なし | | |
| 居室利用権の取扱い | ①あり 2なし | | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1あり ②なし | | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | ①あり 2なし | |
| | 便所の変更 | ①あり 2なし | |
| | 浴室の変更 | 1あり ②なし | |
| | 洗面所の変更 | ①あり 2なし | |
| | 台所の変更 | 1あり ②なし | |
| | その他の変更 | ①あり | (変更内容) 収納スペース |
| | 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

- ・ 概ね60歳以上の方
- ・ 常時医療行為を必要としない方

契約の解除の内容

1. 契約終了

※ 入居契約書 第30条(契約の終了)参照

2. 短期解約特例及び1日当たりの目的施設の利用率

※ 入居契約書 第43条(短期解約特例)参照

【1日当たりの計算式】

前払金÷償却期間(60か月)÷30

| | | |
|-----------|--------|--------|
| 前払金 | 582万円 | 462万円 |
| 1日当たりの利用料 | 3,233円 | 2,566円 |

事業主体から解約を求める場合

解約条項

入居契約書第31条(事業者からの契約解除)

解約予告期間

90日

入居者からの解約予告期間

30日

体験入居の内容

①あり[6泊7日まで 1泊(3食付)9,000円(税別)※介護保険適用外]

2なし

入居定員

63

その他

短期解約特例の定めに従い対応します。

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)

| | 職員数(実人数) | | | 常勤換算人数 ^{※1} ※2 |
|---------|----------|----|-----|----------------------------|
| | 合計 64名 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 21 | 9 | 12 | 14.7 |
| 介護職員 | 18 | 8 | 10 | 12.6 |
| 看護職員 | 3 | 1 | 2 | 2.1 |
| 機能訓練指導員 | 2 | | 2 | 0.1 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | | 1.0 |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 6 | 2 | 4 | 2.8 |
| 事務員 | 1 | 1 | | 1.0 |

| | | | |
|---|--|--|---------|
| その他職員 | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | 37.5 時間 |
| <p>※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。</p> <p>※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。</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 | | |
| 介護福祉士 | 8 | 4 |
| 実務者研修の修了者 | | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 |
| 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 | | |
| 理学療法士 | | |
| 作業療法士 | 1 | 1 |
| 言語聴覚士 | 1 | 1 |
| 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(16:45 ~ 翌9:45) | | |
|-------------------------|------|----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数(休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 2 人 | 1 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 [※] 【表示事項】 | a 1.5:1以上 b 2:1以上 c 2.5:1以上 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) | 27:14.7 |
| ※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 | | 介護福祉士 | | |
| | | | | | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の数 | 1年未満 | 1 | 1 | 1 | 4 | | | 2 | | |
| | 1年以上3年未満 | | 1 | 2 | 5 | 1 | | 2 | | |
| | 3年以上5年未満 | | 3 | 1 | | 1 | | | 1 | |
| | 5年以上10年未満 | | 3 | 3 | 1 | | | | | |
| | 10年以上 | 1 | 5 | 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】 | ① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 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 |
| | 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | 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 |
| 年齢に応じた金額設定 | | 1 あり ② なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | 1 あり 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 | | 1 減額なし ② 日割り計算で減額(食費について) 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 | 入居契約書第 29 条(費用の改定)に基づき、 |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聞いた上で改定する。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|-------------|-------------------------------|------------|----------|---------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護3 | 要介護3 | |
| | 年齢 | 60歳以上 | 60歳以上 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18.00㎡ | 18.00㎡ | |
| | 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 | 582万円 | 462万円 | |
| | 敷金 | —円 | —円 | |
| 月額費用の合計(税別) | | 171,145円 | 191,145円 | |
| 家賃相当額 | | 33,500円 | 53,500円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 23,145円 | 23,145円 | |
| | 介護保険外 ^{※2} | 食費(税別) | 30,000円 | 30,000円 |
| | | 建物管理費(非課税) | 49,500円 | 49,500円 |
| | | 事業運営費(税別) | 35,000円 | 35,000円 |
| | 介護費用 | —円 | —円 | |
| | 光熱水費 | —円 | —円 | |
| | その他 | —円 | —円 | |

※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 | プランⅠ:33,500円 プランⅡ:53,500円 ・ 目的施設を利用するための家賃相当額として前払金との併用方式をとっているため(プランⅠ・Ⅱの場合)、月払いの家賃相当額の支払いが必要です。当該月払い家賃相当額は、前払金の償却期間経過後の期間に定めなく支払いが必要です。なお、算定根拠は前払金に準じます。 |
| 敷金 | 家賃の1ヶ月分 |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 建物管理費 | 49,500円/月(非課税) ・ 共益費、光熱水費、建物保守に関する維持管理費 |
| 事業運営費 | 35,000円/月(税別) 事務管理部門、厨房職員の人件費 |

| | |
|----------------------|---|
| 食費 | 30,000円/月(1日3食で30日の場合:税別) ・食材費として(軽減税率8%:消費税別) ※当ホームにおける食費に係る消費税については、一日の食費の額が1,920円(税抜き)を超える場合は、軽減税率の対象となりません。当ホームでは、この軽減税率の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食・おやつ」の食費とします。 |
| 光熱水費 | 管理費に含まれる。 |
| 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

| 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 | |
| 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) | |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | |
|------|--|
| 算定根拠 | プランⅠ:582万円 プランⅡ:462万円 ・ 建物の賃料、修繕費、管理事務費等 前払金の算定にあたっては、埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針及び、厚生労働省の事務連 |
|------|--|

| | | |
|-------------------------------------|-------------------|---|
| | | 絡(平成24年3月16日付)で示された算式に基づき算定します。その算定方法は管理規程に示します。 |
| 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 |
| 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) | | —円 |
| 初期償却率 | | —% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 前払金÷償却期間(60か月)÷30×入居日から終了までの実日数 ※ 入居契約書 第43条(短期解約特例)参照 |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | 前払金÷入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数=(A)・・・※1円未満切り上げ (A)×契約終了日から償却期間満了日までの実日数=返還金 ※入居契約書第36条(返還金・前払金の保全措置)参照 |
| 前払金の保全先 | 連帯保証を行う銀行等の名称 | 西日本シティ銀行 連帯保証委託契約 |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 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【冒頭に記した記入日現在】
(入居者の人数)

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 6人 |
| | 女性 | 21人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 3人 |
| | 85歳以上 | 21人 |
| 要介護度別 | 自立 | 2人 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 3人 |
| | 要介護2 | 3人 |
| | 要介護3 | 6人 |
| | 要介護4 | 4人 |
| 入居期間別 | 要介護5 | 6人 |
| | 6ヶ月未満 | 3人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 8人 |
| | 1年以上5年未満 | 4人 |
| | 5年以上10年未満 | 12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 | 86.8歳 |
| 入居者数の合計 | 27人 |

| | |
|---|-------|
| 入居率※ | 42.0% |
| ※ 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 | 0人 |
| | 社会福祉施設 | 0人 |
| | 医療機関 | 0人 |
| | 死亡者 | 0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 | 0人 |
| | (解約事由の例) | |
| | ・他施設へ移設の為 | |

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 | 施設長(管理者) | |
| 電話番号 | 048-949-0302 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30~18:00 |
| | 土曜 | 9:30~18:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:30~18:00 |
| 定休日 | 定休日はありません | |

| | | |
|----------|---------------|------------|
| 窓口の名称 | 三郷市福祉部長寿いきがい課 | |
| 電話番号 | 048-930-7792 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:30~18:00 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | |

| | | |
|----------|----------------------|------------------------|
| 窓口の名称 | 埼玉県国保連合会 介護保険課 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 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | 土曜・日曜・祝日・年末年始 | |

(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 | 東京海上日動火災保険株式会社 包括賠償責任保険 ・介護中に事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が生じ、事業者が入居契約第10条(賠償責任)に基づく賠償責任を負う場合は損害保険等の手配を行い、誠実に対応します。 ・但し、天災等の不可抗力の場合、緊急処置が医療行為であった場合の事故、転倒等自己の責任による事故等保険契約の制約に基づき損害賠償の対象外となります。 |
| | 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 | サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、不可抗力による場合を除き速やかに入居者に対して損害の賠償を行ないます。但し、入居者側に故意又は重大な過失があった場合には損害賠償の対象外になります。 |
| | 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 | 適宜実施 |
| | | 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 |
| 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 2 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) 1. グッドタイムホーム・川崎大師 2. グッドタイムホーム・南行徳 3. グッドタイムホーム・青葉台 4. グッドタイムホーム・さくら台 5. グッドタイムホーム・府中 6. グッドタイムナーシングホーム・江戸川 7. グッドタイムナーシングホーム・日本橋 8. グッドタイムホーム・行徳 | |

| | |
|--|---|
| | <p>9. グッドタイムホーム・川崎</p> <p>10. グッドタイムホーム・青葉田奈</p> <p>11. グッドタイムホーム・十日市場</p> <p>12. グッドタイムホーム・鷺沼</p> <p>13. グッドタイムホーム・生田</p> <p>14. グッドタイムナーシングホーム・荏田</p> <p>15. グッドタイムナーシングホーム・幕張</p> <p>16. グッドタイムナーシングホーム・東浦和</p> <p>17. グッドタイムナーシングホーム・保土ヶ谷</p> <p>18. グッドタイムナーシングホーム・港南台</p> <p>19. グッドタイムナーシングホーム・川崎大師式番館</p> <p>20. グッドタイムナーシングホーム・国分寺</p> <p>21. グッドタイムナーシングホーム・美しが丘</p> <p>22. グッドタイムナーシングホーム・三郷駅前</p> <p>23. グッドタイムホーム・三郷式番館</p> <p>24. グッドタイムナーシングホーム・柏高柳</p> <p>25. グッドタイムナーシングホーム・府中式番館</p> <p>26. グッドタイムナーシングホーム・中野島</p> <p>27. グッドタイムホーム・茅ヶ崎</p> <p>28. グッドタイムナーシングホーム・東糞谷</p> <p>29. グッドタイムナーシングホーム・大泉学園</p> <p>30. グッドタイムナーシングホーム・川口新井宿</p> <p>31. グッドタイムナーシングホーム・宮前</p> <p>32. グッドタイムホーム・新検見川</p> <p>33. グッドタイムホーム・町田</p> <p>34. グッドタイムホーム・港南中央</p> <p>35. グッドタイムナーシングホーム・幕張式番館</p> <p>2 なし</p> |
| 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 | <p>① あり 2 なし</p> <p>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</p> |
| 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 | <p>1 あり ② なし</p> |
| 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 | <p>1 あり ② なし</p> |
| 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 | <p>① 適合している(代替措置)</p> <p>2 適合している(将来の改善計画)</p> <p>3 適合していない</p> |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | |
| 不適合事項がある場合の内容 | |

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)

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

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 | グッドタイムナーシングホーム・東浦和 グッドタイムナーシングホーム・三郷駅前 グッドタイムホーム・三郷式番館 グッドタイムナーシングホーム・川口新井宿 | さいたま市緑区東浦和 3-11-3 三郷市三郷 2-3-1 三郷市中央 1-7-11 川口市大字赤山 1155 |
| 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 | グッドタイムナーシングホーム・東浦和 グッドタイムナーシングホーム・三郷駅前 グッドタイムホーム・三郷式番館 グッドタイムナーシングホーム・川口新井宿 | さいたま市緑区東浦和 3-11-3 三郷市三郷 2-3-1 三郷市中央 1-7-11 川口市大字赤山 1155 |
| 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 | | | 備考 |
| | (利用者が全額負担) | | | | | 包含 ^{*2} | 都度 ^{*2} | 料金 ^{*3} | |
| 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 | | ○ | | | 実費負担 |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | | 原則週2回まで実施 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | 原則週2回まで実施 |
| 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 | | ○ | 2,000円 | | 20分(税別) |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 協力医療機関以外は実費負担 |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 900円 | | 週1回まで実施。2回目以降実費負担(税別) |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | | 週1回まで実施 |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | | | | 週3回まで実施 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | | 必要に応じて適宜 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | | 実費負担 |
| 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 | | ○ | | | 実費負担 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,000円 | | 2回目以降、通常利用区域外別途相談(税別) |
| 役所手続き代行 | なし | あり | 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(実費負担) |
| | 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 | | | | 協力医療機関以外 実費負担 |
| | 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | 協力医療機関以外 実費負担 |
| | 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | 週1回まで実施 |
| | 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | 週1回まで実施 |

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2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含まれる場合と、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。

有料サービス料金表

項目
内容
価格(消費税別)

| | |
|--|--------|
| <p>送迎(※1) 協力医療機関への通院 特定施設入居者生活介護又は、介護予防特定施設入居者生活介護を含む 上記以外(9:30～18:00) 30分</p> | 1,000円 |
| <p>上記以外(18:00～9:30) 30分</p> | 1,500円 |
| <p>往復100kmを超える車輛の使用の場合</p> | 都度見積 |
| <p>付き添い(※1) 協力医療機関への通院 特定施設入居者生活介護又は、介護予防特定施設入居者生活介護を含む</p> | |
| <p>介護職員 上記以外(9:30～18:00) 60分</p> | 1,500円 |
| <p>上記以外(18:00～9:30) 60分</p> | 2,250円 |
| <p>施設長・生活相談員・看護職員・計画作成担当者・機能訓練指導員 上記以外(9:30～18:00) 60分</p> | 2,500円 |
| <p>上記以外(18:00～9:30) 60分</p> | 3,000円 |
| <p>往復100kmを超える車輛の使用の場合</p> | 都度見積 |
| <p>機能訓練 (9:30～18:00)20分</p> | 2,000円 |
| <p>買物代行(通常利用区域) *生活圏域2km以内 週1回 指定 特定施設入居者生活介護又は、介護予防特定施設入居者生活介護を含む</p> | |
| <p>買物代行(通常利用区域外) 上記以外 1回</p> | 1,000円 |
| <p>都度相談</p> | 実費負担 |
| <p>官公署手続 月1回 指定 特定施設入居者生活介護又は、介護予防特定施設入居者生活介護を含む</p> | |
| <p>上記以外 1回</p> | 1,000円 |

健康管理
定期健康診断年2回の実施・予防接種等
実費負担

居室清掃
週1回 指定
特定施設入居者生活介護又は、介護予防特定施設入居者生活介護を含む

上記以外 1回
900円

理美容サービス
外部サービス利用
実費負担

医師の指示による食事提供(治療食)
実費負担

個別嗜好食
実費負担

特別食
実費負担

その他(自立の方)(※2)
施設サービス以外の生活サービス
50,000円

(※1) 送迎、付き添いについては、必要性、緊急性を勘案し、職員、車輛の配置状況によっては、お断りする場合がございます。

(※2) 施設サービス以外の生活サービス(入浴時見守りサービス・洗濯サービス等)について、ご希望の方にご利用頂けます。

(注1) 上記以外の「個人的な依頼内容によるサービス提供」は、その都度実費請求と致します。

(注2) 表示価格には別途消費税がかかります。

(注3) 退去時の居室クリーニング費用は1人部屋 25,000円 (消費税別)