

重要事項説明書

※ 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) すみりんふいるけあかぶしがいしゃ スマリンフィルケア株式会社	
主たる事務所の所在地	〒101-0047 東京都千代田区内神田一丁目 2 番 2 号 小川ビル 5 階	
連絡先	電話番号	03-3518-8588
	FAX番号	03-3233-8812
	ホームページアドレス	http:// www.fillcare.co.jp
代表者	氏名	間庭 和夫
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 16 年 5 月 6 日	
主な実施事業	※別添 1（別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) ぐらんふおれすとしずおかあおいのもり グランフォレストしずおか葵の森	
所在地	〒420-0007 静岡県静岡市葵区柳町 185-2	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	J R 静岡駅よりバスで 15 分 (約 3.0 km) バス停「柳町」または「安西 5 丁目」より 徒歩 5 分 (約 400m)
連絡先	電話番号	054-205-3720
	FAX番号	054-205-3721
	ホームページアドレス	http://www.fillcare.co.jp/facilities/aoinomori/

管理者	氏名	青柳 渉
	職名	ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成 20年 3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 20年 4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 2274203682 号
	指定した自治体名	静岡市
	事業所の指定日	平成 20年 4月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 32年 3月 31日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,665.00 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	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (平成 年 月 日～平成 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	3,579.01 m ²
		うち、老人ホーム部分	3,579.01 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		
	抵当権の設定	1 あり 2 なし	
	契約期間	1 あり (平成 20年 3月 15日～平成 40年 3月 14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	有/無	有/無	21.12~38.94 m ²	21	一般居室
	タイプ2	有/無	有/無	21.12~38.94 m ²	42	介護居室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²			
タイプ7	有/無	有/無	m ²			
タイプ8	有/無	有/無	m ²			
※「個室」「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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		1ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4ヶ所	
	共用浴室	7ヶ所	個室		6ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		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 ※複数選択可	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	(介護居室) エアコン・TV 回線・電話回線・ケアコール・電動ベッド 他 館内バリアフリー					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	安倍川沿いの緑豊かなエリアで、「木のぬくもり」を感じられる自宅のようなホーム作りを目指していきます。入居された方が、その人らしく生きていくことができるよう援助していきます。
サービスの提供内容に関する特色	生活支援のためケアスタッフが24時間常駐し、医師、看護師と機能訓練指導員が連携し、ご入居者様の健康をしっかりと見守ります。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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等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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(I)ロ		<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	
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) : 1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(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 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団L原田医院
		住所	静岡市駿河区中村町 73-12
		診療科目	内科・循環器内科・内分泌、代謝内科
		協力内容	① 入居者の健康指導・定期往診 ② 入院治療先の紹介
	2	名称	飯室クリニック
		住所	静岡市駿河区馬淵 4-16-12
		診療科目	内科・循環器内科
		協力内容	① 入居者の健康指導・定期往診 ② 入院治療先の紹介
協力歯科医療機関		名称	かわした歯科クリニック
		住所	静岡市葵区鷹匠 1-3-11
		協力内容	週一回の定期往診、口腔衛生指導

(入居後に居室の住み替え等を行う場合) ※住み替え等を行わない場合は省略可能

入居後に居室の住み替え等を行う場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 他の居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 提携有料老人ホームへ移る場合 <input type="checkbox"/> 4 契約を解除する場合 <input type="checkbox"/> 5 その他 ()
判断基準の内容	<p><u>1. 事業者からの申出による住み替えの場合</u></p> <p>事業者は、入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。この場合、事業者は居室の住み替え等により、入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、次の各号の手続きを行います。</p> <p>①事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>②緊急や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等の内容、権利の変動、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入居者及び身元引受人等の同意を得る。</p>

	<p>2. 入居者からの申出による住み替えの場合</p> <p>事業者は、入居者から目的施設内におけるサービス提供の場所の変更の申出があった場合、その申出が施設運営上、支障が出る場合を除き、入居者の申出を認め、サービス提供場所の変更を行う場合があります。</p>	
手続きの内容	指定の書式にて行う	
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	<p>変更にあたっては、目的施設における全ての契約を解約し、変更を希望される施設での新たな契約を締結して頂く事で、居室の利用権は現施設における居室から、新しい施設における居室に変更となります。この場合、入居者は、居室の清掃費及び原状回復費を負担しなければなりません。</p> <p>前払金の精算については、現施設における居室の前払金償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後施設における居室の前払金償却残額に合わせるものとします。</p> <p>現施設における居室の前払金償却残額より、住み替え後施設における居室の前払金償却残額のほうが少ない場合は、その差額をお支払いします。また、現施設における居室の前払金償却残額より、住み替え後施設における居室の前払金償却残額のほうが多い場合は、その差額を徴収差額としてお支払い頂きます。</p> <p>償却年数については、住み替え後施設における居室の償却年数に合わせるものとし、住み替え後施設における居室の償却年数から、現施設における居室での居住年数（契約締結時年齢）を差し引いた年数を、住み替え後施設における居室の償却年数とします。ただし、この申出が、申出時に先に定める償却期間を超えている場合、住み替え変更の申出はお受けできません。</p>	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) <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	入居契約に際し、身元引受人を必要とします。身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。	
契約の解除の内容	<p>1. 入居者は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届けるものとします。</p> <p>2. 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合は、事業者が入居者の退去の事実を知った翌日から起算し 30 日目をもって本契約は解約されたものとみなします。</p> <p>3. 入居者は、事業者又はその役員がつぎの各号のいずれかに該当した場合には、前 2 項の規定に関わらず、催告することなく、本契約を解約することができます。</p> <p>（1）入居契約書第 44 条（月払い方式）又は、入居契約書第 45 条（前払い方式）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>（2）本契約締結後にみずから又は役員が反社会的勢力に該当したとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>（1）入居契約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>（2）月払いの利用料、その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>（3）入居契約書第 3 条（目的施設の（終身）利用契約）の規定に違反したとき</p> <p>（4）入居契約書第 20 条（禁止または制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>（5）入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、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>
	解約予告期間	3 ヶ月（月払いプランは 90 日）

入居者からの解約予告期間	1ヶ月
体験入居の内容	1 あり ・体験入居（最長7泊8日） 1泊12,960円（うち消費税960円）（3食・税込み） ・ショート入居（最長30泊31日） 1泊16,200円（うち消費税1,200円） *両方とも、介護保険適用外。 2 なし
入居定員	72人（うち静岡県指定介護保険特定施設 定員48名）
その他	

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	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	13	8	18.2
介護職員	18	11	7	15.9
看護職員	3	2	1	2.3
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1		1	0.7
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	4		4	2.1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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			
介護福祉士	12	9	3
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	7	3	4
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	3	2	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			
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	人	人
介護職員	2 人	2 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等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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.5 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし								
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称								
		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		1	2						
前年度1年間の退職者数				1							
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	1		3	1						
	1年以上 3年未満	1		5	3						
	3年以上 5年未満			3	1						
	5年以上 10年未満		1	1		1			1		1
	10年以上			2	2						
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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	
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を 全て選択	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式
		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		<input checked="" 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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 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	入居者の同意を得たうえで改定
	手続き	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定します。

(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			
	年齢	80歳	70歳	
居室の状況	床面積	21.12㎡	21.12㎡	
	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	9,000,000円	6,240,000円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		147,960円	207,960円	
家賃		0円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	円	円	
	介護保険外※	食費	74,520円	74,520円
		管理費	51,840円	51,840円
		介護費用	円	円
		光熱水費	21,600円	21,600円
	その他	円	円	
※ 1人入居の場合。2人入居の場合は月額費用が倍になります。				
※ 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	近傍同種家賃を参照し算出。 なお、プランによって一部または全額を前払金充当
敷金	家賃の 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。
管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費
食費	1日3食2,484円（うち消費税184円）。 入院や外泊、外食等で欠食し、前々日までに届出がある場合には、厨房維持管理費1,556円はご負担いただき、食材費（朝食226円、昼食378円、夕食324円）をお返します。
光熱水費	入居者等が居室で使用する水道、電気の使用料については光熱水費として既定の額をお支払いいただきます。 電話料及びNHK受信料これらに類する公共料金については、これを供給する事業者の料金規程及び支払い方法によります。
利用者の個別的な選択に	別添2

よるサービス利用料	
その他のサービス利用料	生活サポート費：別途 32,400 円（うち消費税 2,400 円） 下記に該当する入居者に対する日常生活支援サービス提供のための 人件費として徴収させていただきます。 〔2階・3階入居の方〕 要支援または要介護認定を受けていない方 〔4階入居の方〕 すべての方

（特定施設入居者生活介護等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等に対する自己負担	30 日あたり 1 割負担額 2 割負担額 要介護 1 16,453 円 32,905 円 要介護 2 18,456 円 36,911 円 要介護 3 20,581 円 41,162 円 要介護 4 22,553 円 45,106 円 要介護 5 24,648 円 49,296 円
特定施設入居者生活介護等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	前払金の算定にあたっては、厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡（平成 30 年 4 月 2 日付）で示された算式に基づき算定します。
想定居住期間（償却年月数）	65 歳～69 歳（120 ヶ月） 70 歳～79 歳（96 ヶ月） 80 歳～89 歳（72 ヶ月） 90 歳以上（48 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）	<p>■特別プラン 1 人部屋</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月額単価（125,000 円～128,100 円）の全額を前払金として受領 ・月額単価（125,000 円～128,100 円）×想定居住期間（48 ヶ月～120 ヶ月）により算出 <p>■特別プラン 2 人部屋</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月額単価（250,000 円～256,200 円）の全額を前払金として受領 ・月額単価（250,000 円～256,200 円）×想定

		<p>居住期間（48ヶ月～120ヶ月）により算出</p> <p>■基本プラン1人部屋</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月額単価（125,000円～128,100円）の一部（65,000円～68,100円）を前払金として受領し、残額（60,000円）を月額利用料として受領 ・月額単価（125,000円～128,100円）×想定居住期間（48ヶ月～120ヶ月）により算出 <p>■基本プラン2人部屋</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月額単価（250,000円～256,200円）の一部（130,000円～136,200円）を前払金として受領し、残額（120,000円）を月額利用料として受領 ・月額単価（250,000円～256,200円）×想定居住期間（48ヶ月～120ヶ月）により算出
	初期償却率	介護居室：20% ・ 一般居室：15%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>入居した日の翌日から3月以内において入居者の解約の申し出がなされた場合は（死亡退去も含む）、目的施設の利用の対価として入居した日から契約終了日までの1日当たりの利用料及び日割計算に基づく月額利用料、原状回復費用を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。</p> <p>事業者は当該費用の支払い及び居室の明け渡しを受けた後90日以内に、受領済みの入居一時金及び月払い利用料の全額を無利息で入居者に返還することとします。</p> <p>※前払金の1日当たりの利用料の計算 $(\text{前払金} \div \text{想定居住期間の月数}) \div 30$</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者又は返還金受取人に、契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。</p> <p>【返還金の算出方法】 $(\text{前払金} - \text{想定居住期間を超えて事業者が受領する額}) \div \text{償却期間の日数} \times \text{契約終了日から償却期間満了日までの日数}$</p> <p>* 1. 想定居住期間を超えて事業者が受領する額は、入居日の翌日から3月経過した以降は返還されません</p>

		* 2. 各年齢償却期間経過後は、返還金が無くなります * 3. 償却期間を超える場合、入居金の追加徴収はありません
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	
	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：不動産信用保証株式会社）	

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	21人
	女性	47人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	10人
	85歳以上	54人
要介護度別	自立	23人
	要支援1	3人
	要支援2	4人
	要介護1	11人
	要介護2	6人
	要介護3	7人
	要介護4	9人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	16人
	1年以上 5年未満	25人
	5年以上 10年未満	17人
	10年以上 15年未満	3人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.2歳
入居者数の合計	68人
入居率※	100%

※ 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	2人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	2人
	死亡者	12人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	5人
		(解約事由の例) 介護老人保健施設、サービス付き高齢者住宅への転居。

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	グランフォレストしずおか葵の森 ホーム長 青柳 渉	
電話番号	054-205-3720 (代表)	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		

(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) 賠償責任保険(施設所有管理者・生産物) 1事故につき 300,000 千円 引受保険会社：三井住友海上
	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) 介護サービスの提供に当たって、万一、事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、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います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。
	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	平成 29 年 6 月
		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	平成 29 年 2 月 22 日
		評価機関名称	全国有料老人ホーム協会
		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

重要事項説明書	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
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 回以上
	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】 ※複数選択可	1 あり (提携ホーム名:) ※追加的費用あり 2 あり (提携ホーム名:) ※追加的費用なし 3 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
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）

※ _____ 様

※ _____ 様

説明年月日 平成 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 事業主体が静岡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		
介護医療院	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（4階 一般居室）

特定施設入居者生活介護等の指定の有無	特定施設入居者生活介護等の費用で、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）			備考
					包含※2	都度※2	料金※3	
	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		○		実費負担。持込の場合は別途処理料 108 円(税込)頂きます
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				4階浴室をご利用下さい。
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				協力医療機関とその紹介する市内病院
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	648 円	週1回。左記以上は別途 30 分単位で料金がかかります。
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	648 円	週1回。左記以上は別途 30 分単位で料金がかかります。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	216 円	施設委託週 3 回。左記以上は 216 円/回がかかります
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	108 円	病気等の理由で食堂にて食事が出来ない場合。本人の希望寄る場合 108 円/回頂きます。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		キザミ食、ミキサー食等の場合治療食や行事食等の場合は実費負担
おやつ			なし	あり		○		食事料金に含まれます。
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		○	1080 円	（通常区域）週 1 回。左記以上 1080 円/時間 （上記以外）1080 円/回にて対応
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1080 円	月 1 回。左記以上は 1080 円/時間
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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	540 円	協力医療機関とその紹介する市内病院以外 30 分 540 円
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				

※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、月額サービスの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。

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（2・3階 介護居室）

特定施設入居者生活介護等の指定の有無		なし				あり		備考
特定施設入居者生活介護等の費用で、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	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		○		実費負担。持込の場合は別途処理料108円(税込)頂きます
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				4階浴室をご利用下さい。
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			540円	協力医療機関とその紹介する市内病院以外 30分 540円
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	648円	週1回。左記以上は別途30分単位で料金がかかります。
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	648円	週1回。左記以上は別途30分単位で料金がかかります。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	216円	施設委託週3回。左記以上は216円/回がかかります。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	108円	介護上必要な場合。本人の希望による場合108円/回
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		ギザミ食、ミキサー食等の場合治療食や行事食等の場合は実費負担
おやつ			なし	あり		○		食事料金に含まれます。
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		○	1080円	（通常区域）週1回。左記以上1080円/時間 （上記以外）1080円/回にて対応
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1080円	月1回。左記以上は1080円/時間
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				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	540円	協力医療機関とその紹介する市内病院以外 30分 540円
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				

※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、月額サービスの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。