

## 重要事項説明書

グランフォレストしずおか葵の森

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2026年7月1日 |
| 記入者名  | 片山 隆太     |
| 所属・職名 | 総務部       |

## 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                                |                                                                     |
| 名称         | (ふりがな) すみりんふいるけあかぶしきがいしゃ<br>スマリンフィルケア株式会社  |                                                                     |
| 主たる事務所の所在地 | 〒163-0927 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号                 |                                                                     |
| 連絡先        | 電話番号                                       | 03-5909-8750                                                        |
|            | FAX番号                                      | 03-3340-8120                                                        |
|            | メールアドレス                                    |                                                                     |
|            | ホームページアドレス                                 | <a href="https://www.fillcare.co.jp">https://www.fillcare.co.jp</a> |
| 代表者        | 氏名                                         | 福永 匡                                                                |
|            | 職名                                         | 代表取締役                                                               |
| 設立年月日      | 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<br>グランフォレストしずおか葵の森 |                                                                  |
| 所在地      | 〒420-0007<br>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)<br>バス停「柳町」または「安西5丁目」より<br>徒歩5分 (約400m) |
| 連絡先      | 電話番号                                         | 054-205-3720                                                     |
|          | FAX番号                                        | 054-205-3721                                                     |

|               |            |                                                  |
|---------------|------------|--------------------------------------------------|
|               | メールアドレス    | —                                                |
|               | ホームページアドレス | https://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        |            | 平成20年3月1日                                        |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 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<br>該当する場<br>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) | 令和 2 年 4 月 1 日  |

3. 建物概要

|    |      |                                           |                                     |
|----|------|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 2,665.00 m <sup>2</sup>                   |                                     |
|    | 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<br>(平成 年 月 日～平成 年 月 日)<br>2 なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体                                        | 3,579.01 m <sup>2</sup>             |
|    |      | うち、老人ホーム部分                                | 3,579.01 m <sup>2</sup>             |
|    | 耐火構造 | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                                     |
|    | 構造   | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>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<br>(平成 20 年 3 月 15 日～令和 9 年 3 月 14 日)<br>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<br>【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～<br>38.94 m <sup>2</sup> m <sup>2</sup> | 63    | 介護居室 |
|                         | タイプ 2                                                            | 有/無            | 有/無                                                | m <sup>2</sup>                                |       |      |
|                         | タイプ 3                                                            | 有/無            | 有/無                                                | m <sup>2</sup>                                |       |      |
|                         | タイプ 4                                                            | 有/無            | 有/無                                                | m <sup>2</sup>                                |       |      |
|                         | タイプ 5                                                            | 有/無            | 有/無                                                | m <sup>2</sup>                                |       |      |
| タイプ 6                   | 有/無                                                              | 有/無            | m <sup>2</sup>                                     |                                               |       |      |
| ※「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<br>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<br>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<br>できる調理設備    | 1 あり    2 なし                                                     |                |                                                    |                                               |       |      |
| エレベーター<br>※複数選択可        | 1 あり (車椅子対応)<br>2 あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記 1・2 に該当しない)<br>4 なし |                |                                                    |                                               |       |      |
| 消防用設備<br>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 | <input type="checkbox"/> 1 | あり      | <input type="checkbox"/> 2 | なし                                   |
|         | 防災計画  | <input type="checkbox"/> 1 | あり      | <input type="checkbox"/> 2 | なし                                   |
| 緊急通報装置等 | 居室    | <input type="checkbox"/> 1 | 全ての居室あり | <input type="checkbox"/> 2 | 一部居室あり <input type="checkbox"/> 3 なし |
|         | 便所    | <input type="checkbox"/> 1 | 全ての便所あり | <input type="checkbox"/> 2 | 一部便所あり <input type="checkbox"/> 3 なし |
|         | 浴室    | <input type="checkbox"/> 1 | 全ての浴室あり | <input type="checkbox"/> 2 | 一部浴室あり <input type="checkbox"/> 3 なし |
|         | その他   |                            |         |                            |                                      |
|         |       | <input type="checkbox"/> 1 | あり      | <input type="checkbox"/> 2 | 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし   |
| その他     |       |                            |         |                            |                                      |

#### 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                             |

##### (医療連携の内容)

|      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 医療支援 |  | <div><div><div>1</div></div>救急車の手配</div> <div><div><div>2</div></div>入退院の付き添い</div> <div><div><div>3</div></div>通院介助</div> <div>4 その他（                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  </div> |  |
|------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|  |  |      |  |
|--|--|------|--|
|  |  | 住所   |  |
|  |  | 協力内容 |  |

**(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<br>※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（他の居室へ移る場合）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 従前の居室から別の居室へ住み替える場合         | <p>1. 事業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入居者の意思を確認する</p> <p>③入居者の身元引受人の意見を聴く</p> <p>④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>⑤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に説明を行う。</p> <p>⑥入居者の同意を得る。</p> <p>居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更となります。</p> <p>この場合、居室の清掃費及び原状回復費はございません。</p> <p>前払金の精算については、現居室の償却残額を、同じ期間入居した場合の住み替え後居室の償却残額に合わせるものとします。現居室の償却残額より、住み替え後居室の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。ただし、現居室の償却残額より、住み替え後居室の償却残額のほうが多い場合は、その差額は頂きません。</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。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。</p> <p>居室の利用権は当初の居室から新しい居室に変更となります。</p> <p>また、居室の変更による契約プランの変更は致しません。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居室の前払金償却残額に合わせるものとします。現居室の前払金償却残額より、住み替え後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、現居室の前払金償却残額より、住み替え後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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |
| 提携ホームへ住み替える場合    |        | <p>事業者は、入居者から事業者が運営する他の施設への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、事業者が運営する他の施設へのサービス提供場所の変更を行う場合があります。なお、入居者からの申出は指定の書式にて行うものとします。</p> <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。</p> <p>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。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。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。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> |        |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |
| 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<br>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) |

|  |  |      |
|--|--|------|
|  |  | 2 なし |
|--|--|------|

(入居に関する要件)

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入居対象となる者<br>【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               | 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 47 条（月払い方式）又は、入居契約書第 47 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</p> |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|              |                                                                                                                                                                                                                                                            | 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 |
|              | 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      | <div>1</div> あり <ul style="list-style-type: none"> <li>体験入居（最長 7 泊 8 日）<br/>1 泊 13,200 円（うち消費税 1,200 円）（3 食・税込み）</li> <li>ショート入居（最長 30 泊 31 日）<br/>1 泊 16,500 円（うち消費税 1,500 円）</li> </ul> <p style="text-align: right;">*両方とも、介護保険適用外。</p> <div>2</div> なし |                                 |
| 入居定員         | 72 人                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |
| 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<br>※1※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|---|----------------|
|                                                                                                  | 合計       |     |   |                |
|                                                                                                  | 常勤       | 非常勤 |   |                |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1   | 0 | 1.0            |
| 生活相談員                                                                                            | 1        | 1   | 0 | 1.0            |
| 直接処遇職員                                                                                           |          |     |   |                |
| 介護職員                                                                                             | 22       | 15  | 7 | 19.2           |
| 看護職員                                                                                             | 3        | 3   | 0 | 3.0            |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 2        | 1   | 1 | 1.6            |
| 計画作成担当者                                                                                          | 2        | 1   | 1 | 1.6            |
| 栄養士                                                                                              | 0        | 0   | 0 | 0              |
| 調理員                                                                                              | 0        | 0   | 0 | 0              |
| 事務員                                                                                              | 1        | 1   | 0 | 0              |
| その他職員                                                                                            | 4        | 0   | 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     | 0  | 0  | 0   |
| 介護福祉士     | 14 | 10 | 4   |
| 実務者研修の修了者 | 4  | 3  | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 1  | 1  | 0   |
| 介護支援専門員   | 0  | 0  | 0   |

(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   | 1.0 | 1  |     |
| 理学療法士       | 0.6 |    | 0.6 |
| 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 ( 17時～9時30分 ) |      |                 |
|------------------------|------|-----------------|
|                        | 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等の利用者に対する看護・介護職員の割合<br>(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※<br><b>【表示事項】</b>       | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br><input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                          | 実際の配置比率<br>(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                                       | ホームの職員数                            | 人                                                                                            |

|                                              |            |  |
|----------------------------------------------|------------|--|
| 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） | 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり |                                                  |         |       |      |         |     |         |     |  |
|                          |               |      | 資格等の名称                                   |                                                  | 施設長研修修了 |       |      |         |     |         |     |  |
|                          |               |      | 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                                                | 3       |       |      |         |     |         |     |  |
| 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<br>職員の人数 | 1年未満          |      |                                          | 1                                                | 3       |       |      |         |     |         |     |  |
|                          | 1年以上<br>3年未満  | 2    |                                          | 4                                                | 1       |       |      |         |     |         | 1   |  |
|                          | 3年以上<br>5年未満  |      |                                          | 4                                                | 0       |       |      |         |     |         |     |  |
|                          | 5年以上<br>10年未満 | 1    |                                          | 3                                                | 1       |       |      |         |     |         |     |  |
|                          | 10年以上         |      |                                          | 3                                                | 2       | 1     |      | 1       | 1   | 1       |     |  |
|                          |               |      |                                          |                                                  |         |       |      |         |     |         |     |  |
| 従業者の健康診断の実施状況            |               |      |                                          | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 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<br>【表示事項】    | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式 |                                                                                                                                                     |
| 利用料金の支払い方式<br>【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 checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定           | 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし                                                                          |                                                                                                                                                     |

|                            |     |                                                                                            |
|----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 要介護状態に応じた金額設定              |     | 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費）<br>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（特別）             | プラン2（基本）             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|----------------------|----------------------|
| 入居者の状況                                                                              | 要介護度            |      |                      |                      |
|                                                                                     | 年齢              |      | 80 歳                 | 80 歳                 |
| 居室の状況                                                                               | 床面積             |      | 21.12 m <sup>2</sup> | 21.12 m <sup>2</sup> |
|                                                                                     | 便所              |      | <div>1</div> 有 2 無   | <div>1</div> 有 2 無   |
|                                                                                     | 浴室              |      | 1 有 <div>2</div> 無   | 1 有 <div>2</div> 無   |
|                                                                                     | 台所              |      | 1 有 <div>2</div> 無   | 1 有 <div>2</div> 無   |
| 入居時点で<br>必要な費用                                                                      | 前払金             |      | 9,000,000 円          | 4,680,000 円          |
|                                                                                     | 敷金              |      | 円                    | 円                    |
| 月額費用の合計                                                                             |                 |      | 237,450 円            | 297,450 円            |
| 家賃相当額                                                                               |                 |      | 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   | 49,500 円             | 49,500 円             |
|                                                                                     |                 | 管理費  | 148,350 円            | 148,350 円            |
|                                                                                     |                 | 介護費用 | 39,600 円             | 39,600 円             |
|                                                                                     |                 | 光熱水費 | 管理費に含む               | 管理費に含む               |
|                                                                                     |                 | 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                                                                         |
|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃相当額 | 近傍同種家賃を参照し算出。<br>なお、プランによって一部または全額を前払金充当                                     |
| 敷金    | 月額利用料の3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・水光熱費・厨房維持管理費等<br>(居室内の電話代、NHK受信料・衛星放送受信料等は別途実費負担) |

|                      |                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食費                   | 1 日 3 食 1,650 円（内消費税 150 円）。<br>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、朝食 495 円、昼食 495 円、夕食 660 円をお返しします。                                                                                  |
| 光熱水費                 | 入居者等が居室で使用する水道や電気の使用料については、管理費に含みます。                                                                                                                                              |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2                                                                                                                                                                              |
| 上乗せ介護費<br>（自立者以外）    | 上乗せ介護費用 月額 39,600 円（うち消費税 3,600 円）<br><br>要介護者・要支援者 2.5 名に対し、常勤換算 1 名以上の職員体制（週 40.0 時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額として合理的な積算根拠に基づいています。<br>なお、入院等による長期不在時のご返金は致しません。 |
| その他のサービス利用料          | 生活サポート費：79,200 円（うち消費税 7,200 円）<br><br>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別途徴収させていただきます。<br>〔対象のお客様〕 要支援または要介護認定を受けていない方                                                         |

（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 日概算    1 割負担額    2 割負担額<br>要介護 1      19,462 円      38,924 円<br>要介護 2      21,791 円      43,582 円<br>要介護 3      24,223 円      48,446 円<br>要介護 4      26,483 円      52,965 円<br>要介護 5      28,881 円      57,761 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（上乗せサービス） | 要介護者・要支援者 2.5 名に対し、常勤換算 1 名以上の職員体制（週 40.0 時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額として合理的な積算根拠に基づいています。                                                                                                          |

(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）<br>70 歳～79 歳（96 ヶ月）<br>80 歳～89 歳（72 ヶ月）<br>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】</p> <p>■90 歳以上</p> <p>居室タイプ 1 人部屋<br/>         A 1,200,000 円 B 1,240,000 円<br/>         居室タイプ 2 人部屋<br/>         C 2,400,000 円 D 2,480,000 円</p> <p>■80 歳～89 歳</p> <p>居室タイプ 1 人部屋<br/>         A 1,800,000 円 B 1,840,000 円<br/>         居室タイプ 2 人部屋<br/>         C 3,600,000 円 D 3,680,000 円</p> <p>■70 歳～79 歳</p> <p>居室タイプ 1 人部屋<br/>         A 2,400,000 円 B 2,440,000 円<br/>         居室タイプ 2 人部屋<br/>         C 4,800,000 円 D 4,880,000 円</p> <p>■65 歳～69 歳</p> <p>居室タイプ 1 人部屋<br/>         A 3,000,000 円 B 3,040,000 円<br/>         居室タイプ 2 人部屋<br/>         C 6,000,000 円 D 6,080,000 円</p> <p>【基本プラン】</p> <p>■90 歳以上</p> <p>居室タイプ 1 人部屋<br/>         A 624,000 円 B 664,000 円<br/>         居室タイプ 2 人部屋<br/>         C 1,248,000 円 D 1,328,000 円</p> <p>■80 歳～89 歳</p> |

|          |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |               | 居室タイプ1人部屋<br>A 936,000 円 B 976,000 円<br>居室タイプ2人部屋<br>C 1,872,000 円 D 1,952,000 円<br><b>■70歳～79歳</b><br>居室タイプ1人部屋<br>A 1,248,000 円 B 1,288,000 円<br>居室タイプ2人部屋<br>C 2,496,000 円 D 2,576,000 円<br><b>■65歳～69歳</b><br>居室タイプ1人部屋<br>A 1,560,000 円 B 1,600,000 円<br>居室タイプ2人部屋<br>C 3,120,000 円 D 3,200,000 円      |
| 初期償却率    |               | 20%                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了  | 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。<br>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、受領済みの前払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。<br><br>※前払金の1日当たりの利用料の計算<br>「（前払金－想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額 前払金の20%）÷想定居住期間の月数 ÷ 30」 |
|          | 入居後3月を超えた契約終了 | 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。<br><b>【返還金の算出方法】</b><br>（前払金－想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額 前払金の20%）÷ 償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数                                                                                                                                                |

|             |                          |                                                                                                                                                 |
|-------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                          | <p>* 1. 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備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> <p>* 2. 各年齢償却期間経過後は、返還金がなくなります</p> <p>* 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</p> |
| 前払金の<br>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            | 17 人 |
|       | 女性            | 44 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 | 9 人  |
|       | 85 歳以上        | 49 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 2 人  |
|       | 要支援 1         | 5 人  |
|       | 要支援 2         | 6 人  |
|       | 要介護 1         | 18 人 |
|       | 要介護 2         | 13 人 |
|       | 要介護 3         | 3 人  |
|       | 要介護 4         | 11 人 |
|       | 要介護 5         | 3 人  |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満        | 1 人  |
|       | 6 ヶ月以上 1 年未満  | 10 人 |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 21 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 21 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 5 人  |
|       | 15 年以上        | 3 人  |

**(入居者の属性)**

|                                                 |        |
|-------------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                            | 90.8 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 61 人   |
| 入居率※                                            | 96.4%  |
| ※ 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   | 1 人                     |
|         | 医療機関     | 1 人                     |
|         | 死亡       | 12 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 | 3 人                     |
|         |          | (解約事由の例)<br>医療依存度が高くなった |

**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。

|     |          |           |                      |
|-----|----------|-----------|----------------------|
| 1   | 窓口の名称    |           | グランフォレストしずおか葵の森　ホーム長 |
|     | 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 |          |           |                      |
| 2   | 窓口の名称    |           | 静岡市高齢者福祉課            |
|     | 電話番号     |           | 054-221-1201         |
|     | 対応している時間 | 平日        | 8:30～17:15           |
|     |          | 土曜        | －                    |
|     |          | 日曜・祝日     | －                    |
| 定休日 |          | 土日祝日、年末年始 |                      |
| 3   | 窓口の名称    |           | 静岡市介護保険課             |

|   |          |       |                    |
|---|----------|-------|--------------------|
|   | 電話番号     |       | 054-221-1088       |
|   | 対応している時間 | 平日    | 8:30～17:15         |
|   |          | 土曜    | —                  |
|   |          | 日曜・祝日 | —                  |
|   | 定休日      |       | 土日祝日、年末年始          |
| 4 | 窓口の名称    |       | 静岡県国民健康保険団体連合会     |
|   | 電話番号     |       | 054-253-5590       |
|   | 対応している時間 | 平日    | 9:00～17:00 月曜から木曜日 |
|   |          | 土曜    |                    |
|   |          | 日曜・祝日 |                    |
|   | 定休日      |       | 土日祝日、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                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容)<br>賠償責任保険<br>引受保険会社：三井住友海上保険（株）                                                                                               |
|                               | 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)<br>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              | <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    | 2025年6月14日                                    |
|                                  |                                          | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 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

|          |                                                                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 重要事項説明書  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付<br><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 2 回 |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 2 なし                                                                                                                                     |              |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり                                                                                                                                 | (内容)         |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし                                                                                                                                 |              |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】 ※複数選択可                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (事業会社運営拠点)<br><input 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 <input type="checkbox"/> 2 なし<br><input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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             | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                                                            |              |

|                                    |                                                  |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 合致しない事項がある場合<br>の内容                |                                                  |
| 「6. 既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合<br>性 | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項          |                                                  |
| 不適合事項がある場合の内<br>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）

居室番号\_\_\_\_\_

入居者名\_\_\_\_\_様

※説明を受けた者\_\_\_\_\_様

説明年月日 令和 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     |     |
| 地域密着型通所介護            | 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     |     |
| <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     |     |
| 通所型サービス              | あり | なし     |     |
| その他生活支援サービス          | 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等の指定の有無 |                                                   |      |                  |      |   | なし               |                  | (あり)             |                                                    |
|--------------------|---------------------------------------------------|------|------------------|------|---|------------------|------------------|------------------|----------------------------------------------------|
|                    | 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※ <sup>1</sup> ） |      | 個別の利用料で、実施するサービス |      |   | 包含※ <sup>2</sup> | 都度※ <sup>2</sup> | 料金※ <sup>3</sup> | 備 考                                                |
|                    |                                                   |      | (利用者が全額負担)       |      |   |                  |                  |                  |                                                    |
| 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 110 円(税込)頂きます                     |
| 入浴（一般浴）介助・清拭       | なし                                                | (あり) | (なし)             | あり   |   |                  |                  |                  | 1 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) |   |                  |                  | 550 円            | 協力医療機関とその紹介する市内病院以外 30 分 550 円                     |
| 生活サービス             |                                                   |      |                  |      |   |                  |                  |                  |                                                    |
| 居室清掃               | なし                                                | (あり) | なし               | (あり) |   | ○                |                  | 660 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) |   | ○                |                  | 660 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) |   | ○                |                  | 220 円            | 施設委託週 3 回。左記以上は 220 円／回がかかります。                     |
| 居室配膳・下膳            | なし                                                | (あり) | なし               | (あり) |   | ○                |                  | 110 円            | 介護上必要な場合。本人の希望による場合 110 円／回                        |
| 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は管理費に含む                              |
| 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) |   | ○                |                  | 1100 円           | (通常区域) 週 1 回。左記以上 1100 円／時間<br>(上記以外) 1100 円／回にて対応 |
| 役所手続き代行            | なし                                                | (あり) | なし               | (あり) |   | ○                |                  | 1100 円           | 月 1 回。左記以上は 1100 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) |   |                  |                  | ○                | 希望により全額実費                                          |
| 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) |   | ○                |                  | 550 円            | 協力医療機関とその紹介する市内病院以外 30 分 550 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。