

スマイリングホーム メディス北越谷  
有料老人ホーム重要事項説明書

|      |      |       |             |
|------|------|-------|-------------|
|      |      | 記入年月日 | 2025 年7月1日  |
| 記入者名 | 丸山祐美 | 所属・職名 | メディス北越谷・施設長 |

## 1. 事業者主体概要

| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 |                  |                                                                             |                    |
|---------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 事業主体の名称                         | 法人等の種類           | なし                                                                          | <div>あり</div> 営利法人 |
|                                 | 名称               | (ふりがな) ぐりーんらいふかぶしきがいしゃ<br>グリーンライフ株式会社                                       |                    |
|                                 | 事業主体の主たる事務所の所在地  | 〒 565-0853                                                                  |                    |
|                                 | 大阪府吹田市春日三丁目20番8号 |                                                                             |                    |
|                                 | 事業主体の連絡先         | 電話番号                                                                        | 03-5255-3335       |
|                                 | FAX番号            | 03-5200-1177                                                                |                    |
|                                 | ホームページアドレス       | なし                                                                          |                    |
|                                 | <div>あり</div>    | <a href="http://www.greenlife-inc.co.jp">http://www.greenlife-inc.co.jp</a> |                    |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名                 | 氏名               | 玉井 信行                                                                       |                    |
|                                 | 職名               | 代表取締役                                                                       |                    |
| 事業主体の設立年月日                      | 1994年5月16日       |                                                                             |                    |

| 事業主体が当該都道府県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     | グリーンライフ宮代デイサービスセンター            | 南埼玉郡宮代町須賀1300 |
| 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     | グリーンライフ宮代ショートステイ               | 南埼玉郡宮代町須賀1300 |
| 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     | スマイリングホーム<br>メディス北越谷（他<br>8か所） | 越谷市北越谷3-8-20  |
| 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・随時訪問介護・看護       | あり | なし |                         |               |
| 夜間対応型訪問介護            | あり | なし |                         |               |
| 認知症対応型通所介護           | あり | なし |                         |               |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり | なし |                         |               |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり | なし | グリーンライフ栗橋(他1か所)         | 久喜市栗橋1342-1他  |
| 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 |                         |               |
| 複合サービス               | あり | なし |                         |               |
| 居宅介護支援               | あり | なし |                         |               |
| 居宅介護予防サービス           |    |    |                         |               |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし |                         |               |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり | なし |                         |               |
| 介護予防訪問看護             | あり | なし |                         |               |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり | なし |                         |               |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり | なし |                         |               |
| 介護予防通所介護             | あり | なし | グリーンライフ宮代デイサービスセンター     | 南埼玉郡宮代町須賀1300 |
| 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 | グリーンライフ宮代ショートステイ        | 南埼玉郡宮代町須賀1300 |
| 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 | スマイリングホームメディス越谷蒲生(他8か所) | 越谷市蒲生西町2-2-25 |
| 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 | グリーンライフ栗橋(他1か所)         | 久喜市栗橋1342-1他  |
| 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 |                         |               |

## 2. 施設概要

|                                                                                        |                              |                            |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先                                                                 |                              |                            |                                                                                                             |
| 施設の名称                                                                                  | (ふりがな) すまいりんぐほーむ めでいすきたこしがや  |                            |                                                                                                             |
|                                                                                        | スマイリングホーム メディス北越谷            |                            |                                                                                                             |
| 施設の所在地                                                                                 | 〒 343-0026                   |                            |                                                                                                             |
|                                                                                        | 埼玉県越谷市北越谷3-8-20              |                            |                                                                                                             |
| 施設の連絡先                                                                                 | 電話番号                         | 048-971-3405               |                                                                                                             |
|                                                                                        | FAX番号                        | 048-971-3406               |                                                                                                             |
|                                                                                        | ホームページアドレス                   | なし                         |                                                                                                             |
|                                                                                        |                              | あり                         | <a href="https://www.greenlife-inc.co.jp/facility/medis">https://www.greenlife-inc.co.jp/facility/medis</a> |
| 施設の開設年月日                                                                               |                              | 2013年5月1日                  |                                                                                                             |
| 施設の管理者の<br>氏名及び職名                                                                      | 氏名                           | 丸山祐美                       |                                                                                                             |
|                                                                                        | 職名                           | 施設長                        |                                                                                                             |
| 施設までの主な利用交通手段                                                                          |                              |                            |                                                                                                             |
| 東武スカイツリーライン「北越谷駅」より700m 徒歩約8分                                                          |                              |                            |                                                                                                             |
| 施設の類型及び<br>表示事項                                                                        | ○類型                          | 介護付有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護） |                                                                                                             |
|                                                                                        | ○居室の権利形態                     | 利用権方式                      |                                                                                                             |
|                                                                                        | ○利用料の支払い方式                   | 月払い方式                      |                                                                                                             |
|                                                                                        | ○入居時の要件                      | 入居時要支援・要介護                 |                                                                                                             |
|                                                                                        | ○介護保険                        | 埼玉県指定介護保険特定施設（一般型特定施設）     |                                                                                                             |
|                                                                                        | ○介護居室区分                      | 全室居室                       |                                                                                                             |
|                                                                                        | ○一般型特定施設である有料老人ホームの介護に係る職員体制 | 3 : 1 以上                   |                                                                                                             |
| 介護保険事業所番号                                                                              | 特定施設入居者生活介護事業所               | 越谷市指定第1170805178号          |                                                                                                             |
|                                                                                        | 介護予防特定施設入居者生活介護事業所           | 越谷市指定第1170805178号          |                                                                                                             |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日<br>(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) ( ) 内は介護予防特定施設 |                              |                            |                                                                                                             |
| 事業の開始（予定）年月日                                                                           | 2025年1月1日                    |                            |                                                                                                             |
| 指定の年月日                                                                                 | 2025年1月1日                    |                            |                                                                                                             |
| 指定の更新年月日                                                                               | 年 月 日                        |                            |                                                                                                             |

### 3. 従業者に関する事項

2025年1月1日現在

#### 職種別の従業者の人数及びその勤務形態

##### 有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |  | 常勤換算人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|--|--------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |  |        |
| 施設長     | 1  |     |     |     |  | 1.0    |
| 生活相談員   | 1  |     |     |     |  | 1.0    |
| 看護職員    |    | 1   | 8   |     |  | 6.0    |
| 介護職員    | 13 |     | 10  |     |  | 18.7   |
| 機能訓練指導員 |    | 1   |     |     |  | 0.5    |
| 計画作成担当者 | 1  |     |     |     |  | 1.0    |
| 栄養士     |    |     |     |     |  | 0.0    |
| 調理員     |    |     |     |     |  | 0.0    |
| 事務員     | 1  |     |     |     |  | 1.0    |
| その他従業者  |    |     | 3   |     |  | 0.9    |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 37.5 時間

※ 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。

##### 従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数      | 常勤 |  | 非常勤 |     |
|-----------|----|--|-----|-----|
|           | 専従 |  | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士     |    |  |     |     |
| 介護福祉士     | 8  |  | 7   |     |
| 介護職員基礎研修  |    |  |     |     |
| 介護職員初任者研修 | 4  |  | 2   |     |
| 介護職員実務者研修 | 1  |  |     |     |
| 介護支援専門員   |    |  |     |     |

##### 従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |  | 非常勤 |     |
|-------------|----|--|-----|-----|
|             | 専従 |  | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       |    |  |     |     |
| 作業療法士       |    |  |     |     |
| 言語聴覚士       |    |  |     |     |
| 看護師及び准看護師   | 1  |  |     |     |
| 柔道整復士       |    |  |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |  |     |     |

##### 夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

| 人数   | 夜勤帯平均人数 3 人<br>(19時00分～7時00分) | 最少時人数 3 人<br>(休憩者等を除く) |
|------|-------------------------------|------------------------|
| 看護職員 | 1                             | 1                      |
| 介護職員 | 2                             | 2                      |

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数     | 常勤 |     | 非常勤 |     |  | 常勤換算人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|--|--------|
|         | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |  |        |
| 生活相談員   | 1  |     |     |     |  | 1.0    |
| 看護職員    |    | 1   | 8   |     |  | 6.0    |
| 介護職員    | 13 |     | 10  |     |  | 18.7   |
| 機能訓練指導員 |    | 1   |     |     |  | 0.5    |
| 計画作成担当者 | 1  |     |     |     |  | 1.0    |
| その他従業者  | 1  |     | 3   |     |  | 1.9    |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

37.5 時間

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数      | 常勤 |  | 非常勤 |     |
|-----------|----|--|-----|-----|
|           | 専従 |  | 専従  | 非専従 |
| 社会福祉士     |    |  |     |     |
| 介護福祉士     | 8  |  | 7   |     |
| 介護職員基礎研修  |    |  |     |     |
| 介護職員初任者研修 | 4  |  | 2   |     |
| 介護職員実務者研修 | 1  |  |     |     |
| 介護支援専門員   |    |  |     |     |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数        | 常勤 |     | 非常勤 |     |
|-------------|----|-----|-----|-----|
|             | 専従 | 非専従 | 専従  | 非専従 |
| 理学療法士       |    |     |     |     |
| 作業療法士       |    |     |     |     |
| 言語聴覚士       |    |     |     |     |
| 看護師及び准看護師   |    | 1   |     |     |
| 柔道整復士       |    |     |     |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |     |     |     |

管理者の他の職務との兼務の有無

なし

管理者が有している当該業務に係る資格等

なし

あり

資格等の名称

介護福祉士

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合

2.8 : 1

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

|                    | 看護職員                 |     | 介護職員    |     | 生活相談員 |     |
|--------------------|----------------------|-----|---------|-----|-------|-----|
|                    | 常勤                   | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |       | 非常勤 |
| 前年度 1 年間の採用者数      |                      |     |         |     |       |     |
| 前年度 1 年間の退職者数      |                      | 2   | 1       | 1   | 1     |     |
| 業務に従事した経験年数        |                      |     |         |     |       |     |
| 1 年未満の者の人数         |                      | 2   |         | 1   | 1     |     |
| 1 年以上 3 年未満の者の人数   |                      | 4   | 4       | 2   |       |     |
| 3 年以上 5 年未満の者の人数   |                      | 1   | 1       | 2   |       |     |
| 5 年以上 1 0 年未満の者の人数 |                      |     | 4       | 3   |       |     |
| 1 0 年以上の者の人数       | 1                    | 1   | 1       | 1   |       |     |
|                    | 機能訓練指導員<br>(看護職員の内数) |     | 計画作成担当者 |     |       |     |
|                    | 専従                   |     |         | 専従  | 非専従   |     |
| 前年度 1 年間の採用者数      |                      |     |         |     |       |     |
| 前年度 1 年間の退職者数      |                      |     |         |     |       |     |
| 業務に従事した経験年数        |                      |     |         |     |       |     |
| 1 年未満の者の人数         |                      |     |         |     |       |     |
| 1 年以上 3 年未満の者の人数   |                      |     |         |     |       |     |
| 3 年以上 5 年未満の者の人数   |                      |     |         |     |       |     |
| 5 年以上 1 0 年未満の者の人数 |                      |     |         |     |       |     |
| 1 0 年以上の者の人数       |                      |     |         | 1   |       |     |
| 従業者の健康診断の実施状況      |                      |     |         | なし  | あり    |     |

## 4. サービスの内容

### 施設の運営に関する方針

要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある高齢者に対し、適正な特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を提供することを目的とします。

### 介護サービスの内容、利用定員等

|                           |    |       |
|---------------------------|----|-------|
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無     | なし | あり    |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無      | なし | あり    |
| 看取り介護加算（介護報酬の加算）の有無       | なし | あり    |
| 協力医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無    | なし | あり    |
| 入居継続支援加算（介護報酬の加算）の有無      | なし | I あり  |
| サービス提供体制強化加算（介護報酬の加算）の有無  | なし | II あり |
| 介護職員等特定処遇改善加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | I あり  |
| 新興感染症等施設療養費               | なし | あり    |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 I          | なし | あり    |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 II         | なし | あり    |
| 退院・退所時連携加算（介護報酬の加算）の有無    | なし | あり    |
| 退居時情報提供加算                 | なし | あり    |
| 若年性認知症入居者受入加算（介護報酬の加算）の有無 | なし | あり    |
| 生活機能向上連携加算（介護報酬の加算）の有無    | なし | あり    |
| 科学的会議推進体制加算               | なし | あり    |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無      | なし | あり    |
| 短期利用の有無                   | なし | あり    |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況  | 別紙 |       |

|           |                                                        |  |
|-----------|--------------------------------------------------------|--|
| 協力医療機関の名称 | 医療法人 康麗会 越谷誠和病院                                        |  |
| 住所        | 埼玉県越谷市谷中町4-25-5                                        |  |
| 連絡先       | 048 - 966 - 2711                                       |  |
| 診療科目      | 内科（消化器科/循環器科/呼吸器科/小児科）外科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・形成外科・リハビリテーション科 |  |
| 協力内容      | 入院診療実施、日常の健康管理（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）               |  |
| 協力医療機関の名称 | 医療法人社団大和会 慶和病院                                         |  |
| 住所        | 埼玉県越谷市千間台西2-12-8                                       |  |
| 連絡先       | 048 - 978 - 0033                                       |  |
| 診療科目      | 内科・肛門外科・歯科・外科・整形外科・血液透析・口腔外科・リハビリテーション科・精神科（認知症専門）     |  |
| 協力内容      | 日常の健康管理、医療相談、職員に対する指導、入院の指示等（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） |  |
| 協力医療機関の名称 | 医療法人宏愛会 宏愛クリニック                                        |  |
| 住所        | 東京都足立区南花畑3-35-10                                       |  |
| 連絡先       | 03 - 5851 - 3801                                       |  |
| 診療科目      | 内科・リハビリテーション                                           |  |
| 協力内容      | 外来診療、訪問診療、医療相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）               |  |

|                   |                             |  |                                               |    |  |
|-------------------|-----------------------------|--|-----------------------------------------------|----|--|
|                   | 協力医療機関の名称                   |  | 医療法人社団七福会 ホリィマームクリニックさいたま                     |    |  |
|                   | 住所                          |  | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-1-12 NYビル7階                   |    |  |
|                   | 連絡先                         |  | 048-648-1121                                  |    |  |
|                   | 診療科目                        |  | 内科・リハビリテーション科・外科                              |    |  |
|                   | 協力内容                        |  | 外来診療、訪問診療、医療相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）      |    |  |
|                   | 協力医療機関の名称                   |  | 医療法人社団福寿会 福寿会病院                               |    |  |
|                   | 住所                          |  | 東京都足立区梅田7-18-12                               |    |  |
|                   | 連絡先                         |  | 03-5681-9055                                  |    |  |
|                   | 診療科目                        |  | 内科・外科・整形外科・脳神経外科・脊椎外科・皮膚科・神経内科・皮膚科            |    |  |
|                   | 協力内容                        |  | 外来診療、訪問診療、医療相談（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。）      |    |  |
|                   | 協力歯科医療機関                    |  | 医療法人社団彩明会 春日部デンタルクリニック                        |    |  |
|                   | 住所                          |  | 埼玉県春日部市粕壁1-9-5 成田ビル4階                         |    |  |
|                   | 連絡先                         |  | 0120 - 76 - 4182                              |    |  |
|                   | 診療科目                        |  | 歯科                                            |    |  |
|                   | 協力内容                        |  | 歯科治療全般、訪問歯科、口腔ケアの指導（医療費その他の費用は入居者の自己負担になります。） |    |  |
|                   | 要介護時における居室の住み替えに関する事項       |  |                                               |    |  |
|                   | 要介護時に介護を行う場所                |  |                                               |    |  |
|                   | <div>全室個室にて居室の住み替えは不要</div> |  |                                               |    |  |
| 入居後に居室を住み替える場合    |                             |  |                                               |    |  |
| 一時介護室へ移る場合        |                             |  |                                               |    |  |
| 判断基準・手続きについて      |                             |  |                                               |    |  |
| <div>(その内容)</div> |                             |  |                                               |    |  |
| 追加的費用の有無          |                             |  | なし                                            | あり |  |
| 居室利用権の取扱い         |                             |  |                                               |    |  |
| <div>(その内容)</div> |                             |  |                                               |    |  |
| 入居一時金償却の調整の有無     |                             |  | なし                                            | あり |  |
| 従前の居室からの面積の増減の有無  |                             |  | なし                                            | あり |  |
| 従前居室との仕様の変更       |                             |  |                                               |    |  |
| 便所の変更の有無          |                             |  | なし                                            | あり |  |
| 浴室の変更の有無          |                             |  | なし                                            | あり |  |
| 洗面所の変更の有無         |                             |  | なし                                            | あり |  |
| 台所の有無             |                             |  | なし                                            | あり |  |
| その他の変更の有無         |                             |  | なし                                            | あり |  |
| <div>(その内容)</div> |                             |  |                                               |    |  |
| 介護居室へ移る場合         |                             |  |                                               |    |  |
| 判断基準・手続きについて      |                             |  |                                               |    |  |
| <div>(その内容)</div> |                             |  |                                               |    |  |
| 追加的費用の有無          |                             |  | なし                                            | あり |  |
| 居室利用権の取扱い         |                             |  |                                               |    |  |
| <div>(その内容)</div> |                             |  |                                               |    |  |
| 入居一時金償却の調整の有無     |                             |  | なし                                            | あり |  |
| 従前の居室からの面積の増減の有無  |                             |  | なし                                            | あり |  |

|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                  |    |    |    |  |  |  |
|---------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------|----|----|----|--|--|--|
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 従前居室との仕様の変更      |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 便所の変更の有無         | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 浴室の変更の有無         | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 洗面所の変更の有無        | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 台所の有無            | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | その他の変更の有無        | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | (その内容)           |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | その他              | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 判断基準・手続きについて     |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | (その内容)           |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 追加的費用の有無         | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 居室利用権の取扱い        |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | (その内容)           |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 入居一時金償却の調整の有無    | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 従前居室との仕様の変更      |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 便所の変更の有無         | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 浴室の変更の有無         | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 洗面所の変更の有無        | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 台所の有無            | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | その他の変更の有無        | なし | あり |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | (その内容)           |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 施設の入居に関する要件      |    |    |    |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 自立している者を対象       |    | なし | あり |  |  |  |
|               |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 要支援の者を対象         |    | なし | あり |  |  |  |
| 要介護の者を対象      |  | なし                                                                                                                                                                                                                                                       | あり |                  |    |    |    |  |  |  |
| 留意事項          |  | 自立の人は基本的に対象外ですが協議にて特例あり                                                                                                                                                                                                                                  |    |                  |    |    |    |  |  |  |
| 契約の解除の内容      |  | ① 入居者が逝去した場合<br>② 入居者が解約した場合（30日の予告期間が必要）<br>③ 事業者が解約した場合（90日の予告期間が必要）<br>主な解除事由<br>・ 入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき<br>・ 月払いの利用料その他の支払を正当な理由なくしばしば遅滞するとき<br>・ 入居者の言動が、他の入居者又は従業員の生命・身体・財産に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき、等（その他は入居契約書参照） |    |                  |    |    |    |  |  |  |
| 体験入居の内容       |  | 6泊7日までの体験入居が実施できます。一泊二日11,000円（税込）です。                                                                                                                                                                                                                    |    |                  |    |    |    |  |  |  |
| 入居定員          |  | 58名                                                                                                                                                                                                                                                      |    |                  |    |    |    |  |  |  |
| 医療を必要とする場合の処遇 |  | 看護師の状態観察。必要に応じて訪問診療等の在宅医療サービスが提携医療機関と実施できます（医療費は自己負担）。「重度化した場合における対応に係る指針」参照                                                                                                                                                                             |    |                  |    |    |    |  |  |  |
| 安否確認の方法       |  | 日常の看護師による状態観察のほか夜間は定期的に巡視いたします。                                                                                                                                                                                                                          |    |                  |    |    |    |  |  |  |
| その他           |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                  |    |    |    |  |  |  |

| 入居者の状況                 |                          |                                           |                |               |                |        |       |      |    |
|------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|----------------|---------------|----------------|--------|-------|------|----|
| 入居者の人数（2025年1月1日現在）    |                          |                                           |                |               |                |        |       |      |    |
|                        | 未定                       | 要支援 1                                     | 要支援2           | 要介護 1         | 要介護 2          | 要介護 3  | 要介護 4 | 要介護5 | 合計 |
| 65歳未満                  | 0                        | 0                                         | 0              | 0             | 0              | 0      | 0     | 0    | 0  |
| 65歳以上75歳未満             | 0                        | 0                                         | 0              | 0             | 1              | 0      | 1     | 3    | 5  |
| 75歳以上85歳未満             | 0                        | 0                                         | 1              | 4             | 2              | 1      | 4     | 4    | 16 |
| 85歳以上                  | 0                        | 0                                         | 0              | 5             | 9              | 2      | 9     | 7    | 32 |
| 入居者の平均年齢               |                          |                                           | 85.6 歳         |               |                |        |       |      |    |
| 入居者の男女別人数              |                          |                                           | 男性 25 名        |               | 女性 32 名        |        |       |      |    |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） |                          |                                           |                |               |                | 98.3 % |       |      |    |
| 前年度の有料老人ホームを退居した者の人数   |                          |                                           |                |               |                |        |       |      |    |
|                        | 自立                       | 要支援 1                                     | 要支援2           | 要介護 1         | 要介護 2          | 要介護 3  | 要介護 4 | 要介護5 | 合計 |
| 自宅等                    | 0                        | 1                                         | 1              | 0             | 1              | 1      | 1     | 2    | 7  |
| 社会福祉施設                 | 0                        | 0                                         | 0              | 0             | 2              | 1      | 1     | 1    | 5  |
| 医療機関                   | 0                        | 1                                         | 0              | 0             | 0              | 0      | 0     | 2    | 3  |
| 死亡者                    | 0                        | 2                                         | 1              | 3             | 4              | 7      | 7     | 12   | 36 |
| その他                    | 0                        | 1                                         | 0              | 0             | 1              | 1      | 1     | 2    | 6  |
| 入居者の入居期間               |                          |                                           |                |               |                |        |       |      |    |
| 入居期間                   | 6ヶ月未満                    | 6ヶ月以上<br>1年未満                             | 1年以上<br>5年未満   | 5年以上<br>10年未満 | 10年以上<br>15年未満 | 15年以上  |       |      |    |
| 入居者数                   | 16                       | 9                                         | 27             | 4             | 0              |        |       |      |    |
| 施設、設備等の状況              |                          |                                           |                |               |                |        |       |      |    |
| 建物の構造                  | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物  |                                           |                |               |                |        | あり    |      |    |
|                        | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 |                                           |                |               |                |        | あり    |      |    |
| 居室の状況                  | 区分                       |                                           |                |               | 客室             | 人数     |       |      |    |
|                        | 一般居室個室                   | あり                                        | なし             |               |                |        | ㎡     |      |    |
|                        | 一般居室相部屋                  | あり                                        | なし             |               |                |        | ㎡     |      |    |
|                        | 介護居室個室                   | あり                                        | なし             | 58            | 58             | 17.51  | ㎡     |      |    |
|                        | 介護居室相部屋                  | あり                                        | なし             |               |                |        | ㎡     |      |    |
|                        | 一時介護室                    | あり                                        | なし             |               |                |        | ㎡     |      |    |
| 共用便所の設置数               | 27                       |                                           | うち男女別の対応が可能な数  |               |                | 0      |       |      |    |
|                        |                          |                                           | うち車椅子等の対応が可能な数 |               |                | 16     |       |      |    |
| 個室の便所の設置数              | 0                        |                                           | 個室における便所の設置割合  |               |                | 0%     |       |      |    |
|                        |                          |                                           | うち車椅子等の対応が可能な数 |               |                | 0      |       |      |    |
| 浴室の設備状況                | 浴室の数                     |                                           | 個浴             |               |                | 特殊浴槽   | リフト浴  |      |    |
|                        | 4                        |                                           | 2              |               |                | 1      | 1     |      |    |
| その他、浴室の設備に関する事項        |                          |                                           |                |               |                |        |       |      |    |
| 食堂の設備状況                |                          | 1階14席（50.80㎡）、2階22席（50.59㎡）、3階22席（50.59㎡） |                |               |                |        |       |      |    |
| 入居者等が調理を行う設備状況         |                          |                                           |                |               |                | なし     | あり    |      |    |

|                               |    |           |                                                   |           |    |           |  |
|-------------------------------|----|-----------|---------------------------------------------------|-----------|----|-----------|--|
| その他、共用施設の設備状況                 |    |           |                                                   |           |    |           |  |
| なし                            | あり | (その内容)    | 機能訓練コーナー、談話コーナー、入浴準備室、洗濯・汚物処理室、リネン庫、相談室、健康管理室、会議室 |           |    |           |  |
| バリアフリーの対応状況                   |    |           |                                                   |           |    |           |  |
| (その内容) 全居室内、廊下、共用施設等車椅子での移動可能 |    |           |                                                   |           |    |           |  |
| 緊急通報装置の設置状況                   |    | なし        | 一部あり                                              | 各居室内にあり   |    |           |  |
| 外線電話回線の設置状況                   |    | なし        | 一部あり                                              | 各居室内にあり   |    |           |  |
| テレビ回線の設置状況                    |    | なし        | 一部あり                                              | 各居室内にあり   |    |           |  |
| 施設の敷地に関する事項                   |    |           |                                                   |           |    |           |  |
| 敷地の面積                         |    | 1,405.83㎡ |                                                   |           |    |           |  |
| 事業所を運営する法人が所有                 |    | なし        | 一部あり                                              | あり        |    |           |  |
| 抵当権の設定                        |    | なし        |                                                   | あり        |    |           |  |
| 賃借(借地)                        |    |           |                                                   |           |    |           |  |
| なし                            | あり | 契約期間      | 始                                                 |           | 終  |           |  |
|                               |    | 契約の自動更新   | なし                                                |           | あり |           |  |
| 施設の建物に関する事項                   |    |           |                                                   |           |    |           |  |
| 建物の構造                         |    | 鉄骨造 3階    |                                                   |           |    |           |  |
| 建物の延床面積                       |    | 2,378.15㎡ |                                                   |           |    |           |  |
| 事業所を運営する法人が所有                 |    | なし        | 一部あり                                              | あり        |    |           |  |
| 抵当権の設定                        |    | なし        |                                                   | あり        |    |           |  |
| 賃借(借地)                        |    |           |                                                   |           |    |           |  |
| なし                            | あり | 契約期間      | 始                                                 | 2015/1/26 | 終  | 2035/1/26 |  |
|                               |    | 契約の自動更新   | なし                                                |           | あり |           |  |

|                               |  |                           |            |
|-------------------------------|--|---------------------------|------------|
| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況           |  |                           |            |
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 |  |                           |            |
| 窓口の名称                         |  | 施設窓口担当者(施設長) 丸山祐美         |            |
| 電話番号                          |  | 048-971-3405              |            |
| 対応している時間                      |  | 平日                        | 8:30~17:00 |
|                               |  | 土曜                        | 8:30~17:00 |
|                               |  | 日曜・祝日                     | 8:30~17:00 |
| 定休日等                          |  | 施設長の公休日は計画作成担当者又は生活相談員が対応 |            |
| 窓口の名称                         |  | 本社窓口担当者(コンプライアンス推進室)      |            |
| 電話番号                          |  | 03-5255-3335              |            |
| 対応している時間                      |  | 平日                        | 9:00~17:30 |
|                               |  | 土曜                        | 9:00~17:30 |
|                               |  | 日曜・祝日                     | 9:00~17:30 |
| 定休日等                          |  |                           |            |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口        |  |                           |            |
| 窓口の名称                         |  | 越谷市介護保険課                  |            |
| 電話番号                          |  | 048-963-9169・048-963-9305 |            |
| 対応している時間                      |  | 平日                        | 8:30~17:15 |
|                               |  | 土曜                        | —          |
|                               |  | 土曜・日曜・祝日                  | —          |
| 定休日等                          |  | 土・日曜、祝日及び年末年始             |            |
| 窓口の名称                         |  |                           |            |
| 電話番号                          |  |                           |            |
| 対応している時間                      |  | 平日                        |            |
|                               |  | 土曜・日曜・祝日                  | —          |
| 定休日等                          |  |                           |            |

|                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 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                                                                                                            |    |                                                                                                                                                     |            |
| なし                                                                                                                       | あり | (その内容)<br>事業者は、本契約に基づくサービスの提供に当って、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、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。但し、入居者側に重大な過失がある場合には賠償額を減少して支払う又は支払わない事があります。 |            |
| その他、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に関すること                                                                                  |    |                                                                                                                                                     |            |
| なし                                                                                                                       | あり | (その内容)                                                                                                                                              |            |
| サービスの提供内容に関する特色等                                                                                                         |    |                                                                                                                                                     |            |
| (その内容) アットホームな施設で、あなたらしい生活をお送りください。私たちは入居者様の今までの生活を大切に考え、生活習慣や趣味などご希望に添える様努力しています。又、24時間看護師が常駐していますので、健康面でのサポートも充実しています。 |    |                                                                                                                                                     |            |
| 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                                                                                         |    |                                                                                                                                                     |            |
| なし                                                                                                                       | あり | 実施した年月日                                                                                                                                             |            |
|                                                                                                                          |    | 当該結果の開示状況                                                                                                                                           | なし      あり |
| 第三者による評価の実施状況                                                                                                            |    |                                                                                                                                                     |            |
| なし                                                                                                                       | あり | 実施した年月日                                                                                                                                             |            |
|                                                                                                                          |    | 実施した評価期間の名称                                                                                                                                         |            |
|                                                                                                                          |    | 当該結果の開示状況                                                                                                                                           | なし      あり |

## 5. 利用料金

|           |       |       |      |
|-----------|-------|-------|------|
| 利用料金の支払方法 | 一時金方式 | 月払い方式 | 選択方式 |
|-----------|-------|-------|------|

### 月払い方式

#### 月単位で支払う利用料

|            |    |  |
|------------|----|--|
| 年齢に応じた金額設定 | なし |  |
|------------|----|--|

|               |    |  |
|---------------|----|--|
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし |  |
|---------------|----|--|

| 月額料金 | 月額計      | 内訳       |             |             |
|------|----------|----------|-------------|-------------|
|      |          | 家賃相当額    | 管理費         | 食費          |
| 全居室  | 283,930円 | 121,600円 | 90,090円(税込) | 72,240円(税込) |

※ 食費は1か月を30日とした場合の金額

※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。

|      |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 算定根拠 | 家賃相当額 | 建物の賃料、諸設備リース料や減価償却費、原状回復日相当より算出                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|      | 食費    | <p>人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。<br/>72,240円(税込) ※30日の場合 1日あたり2,408円(税込)</p> <p>【内訳】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食材費 朝食 524+42(税)=566円 ※軽減税率対象</li> <li>昼食 790+79(税)=869円</li> <li>夕食 790+79(税)=869円</li> <li>おやつ 96+8(税)=104円 ※軽減税率対象</li> </ul> <p>※喫食実績に基づき清算します。なお、特別食が必要となる場合には、本契約で定める食費の設定ではなく、別途定められる費用での提供となります。</p> |
|      | 管理費   | 光熱水費、共有施設の維持管理費、共有施設の備品・消耗品費、事務・管理部門の人件費、レクリエーション費用の一部                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | 光熱水費  | 管理費に含まれる。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

#### 介護保険サービスの自己負担額

|                       |                                    |             |            |            |            |
|-----------------------|------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|
| 内容                    | ※ 要介護状態に応じて介護費用の1割または2割または3割を徴収する。 |             |            |            |            |
| 要介護者等の介護保険給付における自己負担額 |                                    |             | 自己負担額      |            |            |
| 区分                    | 介護給付費の単位                           | 月額(30日分)の目安 | 1割         | 2割         | 3割         |
| 要支援 1                 | 183 単位/日                           | 56,382 円/月  | 5,639 円/月  | 11,277 円/月 | 16,915 円/月 |
| 要支援 2                 | 313 単位/日                           | 96,435 円/月  | 9,644 円/月  | 19,287 円/月 | 28,931 円/月 |
| 要介護 1                 | 542 単位/日                           | 166,990 円/月 | 16,699 円/月 | 33,398 円/月 | 50,097 円/月 |
| 要介護 2                 | 609 単位/日                           | 187,632 円/月 | 18,764 円/月 | 37,527 円/月 | 56,290 円/月 |
| 要介護 3                 | 679 単位/日                           | 209,199 円/月 | 20,920 円/月 | 41,840 円/月 | 62,760 円/月 |
| 要介護 4                 | 744 単位/日                           | 229,226 円/月 | 22,923 円/月 | 45,846 円/月 | 68,768 円/月 |
| 要介護 5                 | 813 単位/日                           | 250,485 円/月 | 25,049 円/月 | 50,097 円/月 | 75,146 円/月 |
| 個別機能訓練加算Ⅰ             | 12 単位/日                            | 123 円/月     | 13 円/日     | 25 円/日     | 37 円/日     |
| 個別機能訓練加算Ⅱ             | 20 単位/月                            | 205 円/月     | 21 円/月     | 41 円/月     | 62 円/月     |
| 夜間看護体制加算Ⅰ             | 18 単位/日                            | 184 円/月     | 19 円/日     | 37 円/日     | 56 円/日     |
| 夜間看護体制加算Ⅱ             | 9 単位/日                             | 92 円/月      | 10 円/月     | 19 円/月     | 28 円/月     |
| 入居継続支援加算Ⅰ             | 36 単位/日                            | 369 円/月     | 37 円/月     | 74 円/月     | 111 円/月    |
| 入居継続支援加算Ⅱ             | 22 単位/日                            | 225 円/月     | 23 円/月     | 45 円/月     | 68 円/月     |
| 退院・退所時連携加算            | 30 単位/日                            | 308 円/月     | 31 円/月     | 62 円/月     | 93 円/月     |
| 退去時情報提供加算             | 250 単位/回                           | 2,567 円/回   | 257 円/回    | 514 円/回    | 771 円/回    |
| 生活機能向上連携加算Ⅰ           | 100 単位/月                           | 1,027 円/月   | 103 円/月    | 206 円/月    | 309 円/月    |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ           | 200 単位/月                           | 2,054 円/月   | 206 円/月    | 411 円/月    | 617 円/月    |
| 若年性認知症入居者受入加算         | 120 単位/日                           | 1,232 円/日   | 124 円/日    | 247 円/日    | 370 円/日    |

|                                                                                 |    |                                             |                             |            |           |           |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| 科学的介護推進体制加算                                                                     |    | 40 単位/月                                     |                             | 410 円/月    | 41 円/月    | 82 円/月    | 123 円/月   |
|                                                                                 |    | 100 単位/月                                    |                             | 1,027 円/月  | 103 円/月   | 206 円/月   | 309 円/月   |
| 協力医療機関連携加算                                                                      |    | 40 単位/月                                     |                             | 410 円/月    | 41 円/月    | 82 円/月    | 123 円/月   |
| 新興感染症等施設療養費                                                                     |    | 240 単位/日                                    |                             | 2,464 円/日  | 247 円/日   | 493 円/日   | 740 円/日   |
| 高齢者施設等感染対策向上加算                                                                  |    | I                                           | 10 単位/月                     | 102 円/月    | 11 円/月    | 21 円/月    | 31 円/月    |
|                                                                                 |    | II                                          | 5 単位/月                      | 51 円/月     | 6 円/月     | 11 円/月    | 16 円/月    |
| 看取り加算                                                                           | I  | 死亡日以前31～45日                                 | 72 単位                       | 739 円/日    | 74 円/日    | 148 円/日   | 222 円/日   |
|                                                                                 |    | 死亡日以前4～30日                                  | 144 単位                      | 1,478 円/日  | 148 円/日   | 296 円/日   | 444 円/日   |
|                                                                                 |    | 死亡日以前2日又は3日                                 | 680 単位                      | 6,983 円/日  | 699 円/日   | 1,397 円/日 | 2,095 円/日 |
|                                                                                 |    | 死亡日                                         | 1,280 単位                    | 13,145 円/日 | 1,315 円/日 | 2,629 円/日 | 3,944 円/日 |
|                                                                                 | II | 死亡日以前31～45日                                 | 572 単位                      | 5,874 円/日  | 588 円/日   | 1,175 円/日 | 1,763 円/日 |
|                                                                                 |    | 死亡日以前4～30日                                  | 644 単位                      | 6,613 円/日  | 662 円/日   | 1,323 円/日 | 1,984 円/日 |
|                                                                                 |    | 死亡日以前2日又は3日                                 | 1,180 単位                    | 12,118 円/日 | 1,212 円/日 | 2,424 円/日 | 3,636 円/日 |
|                                                                                 |    | 死亡日                                         | 1,780 単位                    | 18,280 円/日 | 1,828 円/日 | 3,656 円/日 | 5,484 円/日 |
| サービス提供体制強化加算                                                                    |    | I                                           | 22 単位/日                     | 225 円/日    | 23 円/日    | 45 円/日    | 68 円/日    |
|                                                                                 |    | II                                          | 18 単位/日                     | 184 円/日    | 19 円/日    | 37 円/日    | 56 円/日    |
|                                                                                 |    | III                                         | 6 単位/日                      | 61 円/日     | 7 円/日     | 13 円/日    | 19 円/日    |
| 介護職等処遇改善加算                                                                      |    | I                                           | 介護報酬単位×加算率12.8%×1単位の単価10.27 |            |           |           |           |
|                                                                                 |    | II                                          | 介護報酬単位×加算率12.2×1単位の単価10.27  |            |           |           |           |
|                                                                                 |    | III                                         | 介護報酬単位×加算率11.0×1単位の単価10.27  |            |           |           |           |
|                                                                                 |    | IV                                          | 介護報酬単位×加算率8.8×1単位の単価10.27   |            |           |           |           |
| ※1単位＝10.27円（6級地）                                                                |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| ※上記加算については、要件が満たされる場合に加算されます。現在算定している加算については、前章の「介護サービスの内容」をご確認ください。            |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| ※夜間看護体制加算、看取り介護加算は、要介護1～5の方のみが対象となります。                                          |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| ※夜間看護体制加算を算定し、主治医の診断及びご本人・代理人の希望及び同意により「看取り介護指針」に基づいた支援を行った場合に看取り介護加算として加算致します。 |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| ※短期利用特定施設入居者生活介護については、要介護1から要介護5までとなります。                                        |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| また、加算については夜間看護体制加算、認知症ケア専門加算、サービス提供体制加算及び介護職員処遇改善加算になります。                       |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）                                                           |    |                                             |                             | なし         |           |           |           |
| 内容                                                                              |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| 利用者                                                                             |    | （ 月額 ・ 日額 ）                                 |                             |            |           |           |           |
| 算定根拠                                                                            |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| 支払方法                                                                            |    | 月単位（日割の有無 あり ・ なし ）                         |                             |            |           |           |           |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス                                                           |    |                                             |                             | なし         |           | あり        |           |
| 算定根拠                                                                            |    | 人件費等を勘案したサービスごとの価格設定。（介護サービス等一覧表を参照）        |                             |            |           |           |           |
| 月額利用料の支払方法                                                                      |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| 振込                                                                              |    | 埼玉りそな銀行 北越谷支店 普通口座 4000806 口座名義 グリーンライフ株式会社 |                             |            |           |           |           |
| セディナ                                                                            |    | 毎月15日までに請求書を発送し、26日指定口座より引き落としします。          |                             |            |           |           |           |
| 料金の改定手続き                                                                        |    |                                             |                             |            |           |           |           |
| 物価、経済情勢、公共料金等の変動、その他相当の事由がある場合及び運営管理費用、人件費、環境維持費用等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で変更します。     |    |                                             |                             |            |           |           |           |

## 6. その他

|                                |    |                                                                          |
|--------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------|
| 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 | なし | あり                                                                       |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項          |    |                                                                          |
|                                | なし |                                                                          |
|                                | あり | (その内容)<br>建物賃貸借に根抵当権が設定あり、基準では自動更新条項が契約に入っているが協議の上、本契約を更新する為、不適合事項となります。 |

添付書類1：「消耗品価格表」

添付書類2：「重度化した場合における対応に係る指針」

添付書類3：「介護サービス等の一覧表」

上記の通り内容の説明を致しました。

説明年月日                      年              月              日

説明者署名\_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者氏名\_\_\_\_\_ 印

説明を受けた者\_\_\_\_\_ 印