

介護付き有料老人ホーム
グランガーデン鹿児島
介護居室
重要事項説明書

有料老人ホーム入居契約兼指定特定施設等利用契約

株式会社キューデン・グッドライフ鹿児島

別紙様式

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 2025年10月1日 |
| 記入者名 | 新 恒一郎 |
| 所属・職名 | 代表取締役支配人 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---|--|
| 種類 | 個人／ <u>法人</u> | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしや かごしま 株式会社 キューデン・グッドライフ鹿児島 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 890-0063 鹿児島県鹿児島市鴨池一丁目 55 番 10 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 099-286-0700 |
| | FAX 番号 | 099-286-0030 |
| | ホームページアドレス | http:// www.kyuden-glkago.co.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 新 恒一郎 |
| | 職名 | 代表取締役支配人 |
| 設立年月日 | 2004年2月23日 | |
| 主な実施事業 | 有料老人ホーム事業 ※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) かごしま グランガーデン鹿児島 | |
| 所在地 | 〒890-0063 鹿児島市鴨池一丁目 55 番 10 号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 市電「郡元」 |
| | 交通手段と所要時間 | <ul style="list-style-type: none"> ・ JR 鹿児島中央駅より市電「郡元」行きにて約 15 分 (距離約 2.8 km)、「郡元」電停下車徒歩約 1 分 (距離約 50m) ・ 九州高速自動車道「鹿児島」インターチェンジより車で 20 分 (距離約 5 km) |
| 連絡先 | 電話番号 | 099-286-0700 |
| | FAX 番号 | 099-286-0030 |
| | ホームページアドレス | http:// www.kyuden-glkago.co.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 新 恒一郎 |
| | 職名 | 代表取締役支配人 |
| 建物の竣工日 | | 2006 年 9 月 30 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2006 年 11 月 1 日 |

(類型) 【表示事項】

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|-----------|--|----------|---------|---------|--|------------|--|
| ① 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | | | | | | | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | | | | | | | | |
| 3 住宅型 | | | | | | | | | |
| 4 健康型 | | | | | | | | | |
| 1 又は 2 に該当する場合 | <table border="1"> <tr> <td>介護保険事業者番号</td><td> • 特定施設入居者生活介護事業所 4670105826 号 • 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 4670105826 号 </td></tr> <tr> <td>指定した自治体名</td><td>鹿児島県（市）</td></tr> <tr> <td>事業所の指定日</td><td>2006 年 11 月 1 日 (介護予防特定施設 2006 年 11 月 1 日)</td></tr> <tr> <td>指定の更新日（直近）</td><td>2018 年 11 月 1 日 (介護予防特定施設 2018 年 11 月 1 日)</td></tr> </table> | 介護保険事業者番号 | • 特定施設入居者生活介護事業所 4670105826 号 • 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 4670105826 号 | 指定した自治体名 | 鹿児島県（市） | 事業所の指定日 | 2006 年 11 月 1 日 (介護予防特定施設 2006 年 11 月 1 日) | 指定の更新日（直近） | 2018 年 11 月 1 日 (介護予防特定施設 2018 年 11 月 1 日) |
| 介護保険事業者番号 | • 特定施設入居者生活介護事業所 4670105826 号 • 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 4670105826 号 | | | | | | | | |
| 指定した自治体名 | 鹿児島県（市） | | | | | | | | |
| 事業所の指定日 | 2006 年 11 月 1 日 (介護予防特定施設 2006 年 11 月 1 日) | | | | | | | | |
| 指定の更新日（直近） | 2018 年 11 月 1 日 (介護予防特定施設 2018 年 11 月 1 日) | | | | | | | | |

3. 建物概要

| | | | | | | |
|-------|----------------|---------------------------|---|--|--------|--------|
| 土 地 | 敷地面積 | 6, 264. 01 m ² | | | | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | | | | |
| | | (2) 事業者が賃借する土地 | | | | |
| | | 抵当権の有無 | | 1 あり | (2) なし | |
| | | 契約期間 | | (1) あり (2005年3月1日～2037年2月末) | 2 なし | |
| | | 契約の自動更新 | | (1) あり | 2 なし | |
| | 建 物 | 延床面積 | 全 体 | 17, 431. 22 m ² | | |
| | | | うち、老人ホーム部分 | 17, 155. 92 m ² | | |
| | | 耐火構造 | (1) 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 () | | | |
| | | 構 造 | (1) 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 () | | | |
| | | 所有関係 | (1) 事業者が自ら所有する建物 | | | |
| | | | 2 事業者が賃貸する建物 | | | |
| | | | 抵当権の設定 | 1 あり | (2) なし | |
| | | | 契約期間 | 1 あり (平成 年 月 日～平成 年 月 日) | 2 なし | |
| | | | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | (1) 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | | | | |
| | | 最大 | | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | A タイプ | (有)/無 | (有)/無 | 48. 61 m ² | 1 5 | 一般居室個室 |
| | | (有)/無 | (有)/無 | 49. 06 m ² | 1 5 | 〃 |
| | | (有)/無 | (有)/無 | 49. 11 m ² | 1 5 | 〃 |
| | | (有)/無 | (有)/無 | 51. 74 m ² | 1 5 | 〃 |
| | | (有)/無 | (有)/無 | 51. 61 m ² | 1 5 | 〃 |
| | | (有)/無 | (有)/無 | 66. 59 m ² | 1 4 | 〃 |
| | | (有)/無 | (有)/無 | 65. 90 m ² | 1 5 | 〃 |
| | | (有)/無 | (有)/無 | 69. 44 m ² | 1 5 | 〃 |
| | 介護居室 | (有)/無 | 有/無 | 20. 26 m ² ～ 21. 51 m ² | 5 6 | 介護居室個室 |
| | 〃 | (有)/無 | 有/無 | 20. 26 m ² | 2 | 一時介護室 |

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

| | | | | |
|------------------|---|--------------------------------------|-----------------|----------------------|
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 一般棟 14ヶ所 介護棟 16ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 18ヶ所 (一般 10・介護 8) |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 12ヶ所 (一般 4・介護 8) |
| 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 大浴場 | 個室 | 0ヶ所(一般棟) |
| | | | 大浴場 | 2ヶ所(一般棟) |
| 共用浴室における介護浴槽 | 6ヶ所 | チェア一浴 リフト浴 ストレッチャー浴 その他(個浴) | チェア一浴 | 1ヶ所(介護棟) |
| | | | リフト浴 | 1ヶ所(介護棟) |
| | | | ストレッチャー浴 | 1ヶ所(介護棟) |
| | | | その他(個浴) | 3ヶ所(介護棟) |
| 食堂 | (1)あり (2)なし | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | (1)あり (2)なし | | | |
| エレベーター | 1 あり(車椅子対応) 2 あり(ストレッチャー対応) 3 あり(上記1・2に該当しない) 4 なし | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | (1)あり (2)なし | | |
| | 自動火災報知設備 | (1)あり (2)なし | | |
| | 火災通報設備 | (1)あり (2)なし | | |
| | スプリンクラー | (1)あり (2)なし | | |
| | 防火管理者 | (1)あり (2)なし | | |
| | 防災計画 | (1)あり (2)なし | | |
| その他 | ○一般居室: ウェイティングビー、フロント、ビー、ライブリー、ラウンジ、ホール、リビングサービス、カルチャールーム、クラブルーム、ゲームルーム、アトリエ、和室、レストラン、ティーラウンジ、エクササイズ室、大浴場(男性、女性)、4階屋上庭園、展望ラウンジ、ゲストルーム(有料) ○介護居室: サブエントランス、ケアステーション、ダイニング、ラウンジ、アクティビティラウンジ、リハビリ室(娯楽室と兼用)理美容室(有料)、2階中庭、一般浴室(介護浴室)、特殊浴室(機械浴室) | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | <ul style="list-style-type: none"> 事業の運営にあたっては、サービス利用者である入居者の意思及び人格を尊重して、常に入居者の立場に立ってサービスの提供に努めます。 事業の運営にあたっては、地域社会の役割と責任を自覚し、地域社会や医療・介護機関等と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 事業の運営にあたっては、健全で安定した経営に努めます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | ・施設のスタッフは、入居者が安心・快適に生活できるようお手伝いします。また、高齢者的心身の特性を踏まえて、自立した日常生活を営む事ができるよう、必要に応じてサービス計画に基づき、日常生活上の援助、機能訓練及び療養上の援助を行います。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------|----------------|-----------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算（I） | ① あり 2 なし |
| | 入居継続支援加算（II） | 1 あり ② なし |
| | 生活機能向上連携加算（I） | 1 あり ② なし |
| | 生活機能向上連携加算（II） | 1 あり ② なし |
| | 個別機能訓練加算（I） | ① あり 2 なし |
| | 個別機能訓練加算（II） | ① あり 2 なし |
| | ADL維持等加算（I） | ① あり 2 なし |
| | ADL維持等加算（II） | ① あり 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | ① あり 2 なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり ② なし |
| | 協力医療機関連携加算 | ① あり 2 なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 あり ② なし |

| | | |
|--------------------------------|----------------|-----------------------------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 あり ② なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | ① あり 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | ① あり 2 なし |
| | 看取り介護加算 (I) | ① あり 2 なし |
| | 看取り介護加算 (II) | 1 あり ② なし |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) 1 あり ② なし |
| | | (II) 1 あり ② なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I) ① あり 2 なし |
| | | (II) 1 あり ② なし |
| | | (III) 1 あり ② なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (I) ① あり 2 なし |
| | | (II) 1 あり ② なし |
| | | (III) 1 あり ② なし |
| | | (IV) 1 あり ② なし |
| | | (V) 1 あり ② なし |
| | 退去時情報提供加算 | ① あり 2 なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | ① あり 2 なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | ① あり | (介護・看護職員の配置率) 1.5 : 1 以上 |
| | 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | |
|----------------|---|---|
| 医療支援 ※複数選択可 | | <input type="radio"/> 救急車の手配 <input type="radio"/> 入退院の付き添い <input type="radio"/> 通院介助 4 その他 () |
| 協力医療機関 | 1 | <p>名 称 医療法人 恵徳会 小田代病院</p> <p>住 所 鹿児島市荒田1丁目25-6 (距離約1.8km)</p> <p>診療科目 総合診療科、外科(血管外科)、外科(一般・消化器外科)、泌尿器科、一般内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病内科、整形外科、リハビリテーション科</p> <p>協力内容 人間ドック、年2回の健康診断の実施(費用は健康管理一時金に含む) 休日、夜間及び緊急時を含め、入居者の受診、治療、入院に協力します。 ※医療費等は、入居者の自己負担となります。</p> |
| | 2 | <p>名 称 医療法人 天翔会 五反田内科クリニック</p> <p>住 所 鹿児島市薬師2丁目7-62 (距離約4.6km)</p> <p>診療科目 内 科</p> <p>協力内容 同クリニックの医師が入居者の健康管理を行います。また、入院加療や高度医療の治療が必要な場合は、同クリニックより協力医療機関等を紹介いたします。 ※医療費等は、入居者の自己負担となります。</p> |
| | 3 | <p>名 称 医療法人 良整会 よしのぶクリニック</p> <p>住 所 鹿児島市鴨池1丁目55番10号1階 (同一建物内)</p> <p>診療科目 内科、血液内科(貧血外来)、漢方内科</p> <p>協力内容 同クリニックの医師が健康相談日(月1回)に、入居者からの健康相談を受けます。また、入院加療や高度医療の治療が必要な場合は、同クリニックより協力医療機関等を紹介いたします。 ※医療費等は、入居者の自己負担となります。</p> |
| | 4 | <p>名 称 社会医療法人 緑泉会 米盛病院</p> <p>住 所 鹿児島市与次郎1丁目7番1号 (距離約2.1km)</p> <p>診療科目 救急科、総合診療科、整形外科、循環器内科、心臓血管外科・血管外科、脳神経外科、形成外科、外科・消化器外科、内科、呼吸器内科、消化器内科、脳神経内科、心療内科、リウマチ科、リハビリテーション科、放射線科、集中治療科、麻酔科、他</p> <p>協力内容 休日・夜間を含め、入居者の緊急時の受診及びこれに伴う治療、入院受入に協力します。 なお、満床等により入院を受け入れられない場合には、適切と思われる他の医療機関を紹介いたします。 ※医療費等は、入居者の自己負担となります。</p> |
| 協力歯科医療機関 | 1 | <p>名 称 医療法人 仁慈会 太田歯科医院</p> <p>住 所 鹿児島市鴨池2丁目24番14号 (距離約270m)</p> <p>協力内容 歯科診療における通院治療 ※医療費、その他の費用は、入居者の自己負担となります。</p> |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------|-------------|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | | 1 一時介護室へ移る場合 ② 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 介護居室へ 移る場合 | 判断基準の内容 | 入居者の心身の状態、生活への適応状況により居室の変更が生じる場合があります。 |
| | 手続きの内容 | 健康管理委員会において、適切な介護等を提供するために必要と判断した場合、医師の意見を聴き、本人または身元引受人等の意見を聴いた上で判断します。 |
| | 追加的費用の有無 | 1 あり ② なし |
| | 居室利用権の取扱い | 契約上の居室を変更する取り扱いになります。 |
| | 前払金償却の調整の有無 | 1 あり ② なし |
| 従前の居室との仕様の 変更 | 面積の増減 | 1 あり ② なし |
| | 便所の変更 | 1 あり ② なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり ② なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり ② なし |
| | 台所の変更 | 1 あり ② なし |
| | その他の変更 | ① あり 居室の仕様が一部異なります。 2 なし |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--|--|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 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 | ① 満 65 歳以上で要支援 1 から要介護 5 の認定を受けている方。 ② 健康保険に加入されている方。公的介護保険に加入されている方。 ③ 施設の運営趣旨をご理解いただき、他のご入居者と協調した生活が出来る方。 ④ 入居時に連帯保証人、身元引受人、返還金受取人を 1 名以上定めていただきます。 | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が逝去した場合 ② 事業者からの契約の解除の場合 ③ 入居者からの契約の解約の場合 ④ 契約期間が満了した場合 (月払いプランのみ) | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解 約 条 項 | ① 事業者は、入居者が次のいずれかに該当し、そのことにより入居契約を将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、90 日間の予告期間において、契約を解除することができます。 a. 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき b. 月額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 |

| | | |
|----------------|---|---|
| 事業主体から解約を求める場合 | 解 約 条 項 | <p>c. 入居契約に定める目的施設の終身利用権の規定に違反したとき</p> <p>d. 入居契約に定める禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</p> <p>e. 入居者の行動が、他の入居者または役職員の生命・身体・健康・財産（事業者の財産を含む）に危害を及ぼし、または、その危害の切迫した恐れがあり、かつ、有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>② 事業者は、入居者またはその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等による、事業者の役職員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、90日間の予告期間において、本契約を解除することができます。</p> <p>③ 事業者は、入居者・連帯保証人及び身元引受人等が、反社会的勢力の排除の確約に反するなど入居契約に定める即時解約要件に該当した場合には、①、②の定めに関わらず、催告することなく、契約を解除することができます。</p> |
| | 解約予告期間 | ① ②は90日、③は予告期間なし |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | |
| 体験入居の内容 | <p>① あり 内容： 14泊15日の日程で、体験入居が可能。1泊2日 21,220円（税込） ※体験入居に係る費用（介護用品等を含む）は介護保険非適用サービスです。 電話代、医療費等の自己負担分は別途自己負担となります。</p> <p>2 なし</p> | |
| 入居定員 | 介護居室：58名※一時介護室2室を含む | |
| その他 | | |

5. 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

(職種別の職員数)

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|----------|-----|-----|-------------------------------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理 者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1（うち自立者対応0名） |
| 直接処遇職員 | 3 6 | 3 1 | 5 | 3 3. 9 〔うち個別選択サービス及び 自立者対応1名〕 |
| 介護職員 | 2 7 | 2 3 | 4 | 2 5. 1（うち自立者対応1名） |
| 看護職員 | 9 | 8 | 1 | 8. 8（うち自立者対応0名） |
| 機能訓練指導員 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 栄養士 | 外部委託 | — | — | 外部委託 |
| 調理員 | 外部委託 | — | — | 外部委託 |
| 事務員 | 4 | 4 | 0 | 4 |
| その他職員 | 1 2 | 1 1 | 1 | 1 0. 5 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | 40時間 |
| ※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 |
|-----------|-----|-----|-----|
| 准看護師 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 2 0 | 1 7 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 4 | 3 | 1 |
| 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 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 2 | 2 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間（16：30～9：30） | | |
|----------------------|------|----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数（休憩者等を除く） |
| 看護職員 | 1人 | 0人 |
| 介護職員 | 3人 | 2人 |

(注) 看護職員の最少時人数（休憩者等を除く）を0人としているが、コール対応など即時に実働できる体制としている。

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | (a) 1. 5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2. 5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) | |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|--|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能） | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所看護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| 管 理 者 | | 他の職務との兼務 | | | | 1 あり ② なし | | | |
|---|-----------|----------|-----|--------|------|-----------|-----|---------|---------|
| | | 業務に係る資格等 | | 1 あり | | | | | |
| | | | | 資格等の名称 | | | | | |
| | | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | | 0 | 2 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | | 1 | 2 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| た 職 員 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応 じ | 1年未満 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 1年以上3年未満 | 0 | 0 | 4 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | 3年以上5年未満 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 5 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | | ① あり | 2 なし | | | | |
| ※ 休職中の職員は人数に含めない。 | | | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | <input checked="" type="radio"/> 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 <input checked="" type="radio"/> 選択方式 ※ 該当する方式を全て選択 | | |
| | <input checked="" type="radio"/> 全額前払い方式 <input checked="" type="radio"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="radio"/> 月払い方式 | | |
| 年齢に応じた金額設定 | <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり <input checked="" type="radio"/> なし | | |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし 2 日割り計算で減額 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 | 物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。 | |
| | 手続き | 運営懇談会の意見を聴く。 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | 基本プラン（一時金方式） | 88歳以上プラン（一時金方式） |
|---|------------------|--|--|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援1～要介護5 | 要支援1～要介護5 |
| | 年齢 | 65歳以上 | 88歳以上 |
| 居室の状況 | 床面積 | 20.26m ² ～21.51m ² | 20.26m ² ～21.51m ² |
| | 便所 | ①有 ②無 | ①有 ②無 |
| | 浴室 | 1有 ②無 | 1有 ②無 |
| | 台所 | 1有 ②無 | 1有 ②無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 入居一時金 1,283万円 健康管理一時金 550万円（税込） | 入居一時金 1,027万円 健康管理一時金 550万円（税込） |
| | 敷金 | 0円 | 0円 |
| 月額費用の合計 | | 202,820円（税込） | 202,820円（税込） |
| 家賃 | | 入居一時金に含む | 入居一時金に含む |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 介護保険負担割合証に定める負担割合の額 | 介護保険負担割合証に定める負担割合の額 |
| | 介護保険外食費※3 | 79,620円（税込） | 79,620円（税込） |
| | 管理費 | 123,200円（税込） | 123,200円（税込） |
| | 介護費用 | 健康管理一時金に含む | 健康管理一時金に含む |
| | 光熱水費 | 管理費に含む | 管理費に含む |
| | ※2 その他 | 有料サービスあり | 有料サービスあり |
| <p>※1 介護予防の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用。</p> <p>※3 1日3食を30日お召し上がりになられた場合の金額です。（厨房管理料と喫食実績分の合計）</p> | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃相当額 | (月払いプラン) ・算定根拠は入居一時金に準じます。 |
| 敷金 | (月払いプラン) ・家賃の6か月分 |
| 介護費用 (介護保険給付外費用) | (月払いプラン・併用プラン) ・算定根拠は健康管理一時金に準じます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 管理費 | ・事務管理、生活サービスにかかる人件費、共用施設の維持管理費、行事関係費用、備品、消耗品費。 ※管理費以外の実費徴収サービスは、添付の介護サービス等の一覧表参照 |
| 食費 | ・食材費、栄養士、その他食事部内の人件費、設備、備品代（調理具・食器等） ・厨房管理料：29,040円/月（税込） ・1食あたりの食費：朝食394円（税込）昼食484円（税込）夕食808円（税込） ※但し欠食される場合は、前日の15時までに届け出が必要。 |
| 光熱水費 | ・管理費に含む |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | — |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費　目 | 算 定 根 拠 |
|--|--------------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 基本報酬、5 ページに記載する加算の利用者負担分 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス） | （上掲） |
| ※ 介護予防の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| 入居一時金 | | |
|--------------------------------------|--|---|
| 算 定 根 拠 | <ul style="list-style-type: none"> 借地料、建設費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用 | |
| 想定居住期間（償却期間） | <ul style="list-style-type: none"> 基本プラン 5年（60か月） 88歳以上プラン 4年（48か月） | |
| 償却の開始日（償却起算日） | <ul style="list-style-type: none"> 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（非返還対象額） | <ul style="list-style-type: none"> 基本プラン 入居一時金×30%相当額 88歳以上プラン 入居一時金×30%相当額 | |
| 非返還率 | <ul style="list-style-type: none"> 基本プラン 入居一時金：30% 88歳以上プラン 入居一時金：30% | |
| 返 金 の 算 定 方 法 | 入居後3か月以内の契約終了 | <ul style="list-style-type: none"> 入居一時金 - (入居一時金 - 非返還対象額) ÷ 償却期間月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数) 非返還対象額については無利息で全額返還する。 ※月額利用料については日割計算で受領します。 |
| | 入居後3か月を超えた契約終了 | <ul style="list-style-type: none"> (入居一時金 - 非返還対象額) × (契約終了日から償却期間満了日までの日数) ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの日数) |
| 健康管理一時金 | | |
| 算 定 根 拠 | <ul style="list-style-type: none"> 要介護者等の人員過配置サービス費 要介護者1.5人に対し、週40時間換算で介護・看護スタッフ1名以上を配置して提供する介護サービスの費用 要介護者等の個別選択サービス費 必要に応じた協力・指定医療機関への付き添い、受診手続、見舞い、レクリエーションの費用 | |
| 想定居住期間（償却期間） | <ul style="list-style-type: none"> 基本プラン 5年（60か月） 88歳以上プラン 5年（60か月） | |
| 償却の開始日（償却起算日） | <ul style="list-style-type: none"> 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（非返還対象額） | <ul style="list-style-type: none"> 基本プラン 健康管理一時金×30%相当額 88歳以上プラン 健康管理一時金×30%相当額 | |

| | | |
|----------|--|--|
| 非返還率 | | <ul style="list-style-type: none"> ・基本プラン 健康管理一時金：30% ・88歳以上プラン 健康管理一時金：30% |
| 返還金の算定方法 | 入居後3か月以内の契約終了 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康管理一時金 - (健康管理一時金 - 非返還対象額) ÷ 償却期間月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの日数) ・非返還対象額については無利息で全額返還する。 ※月額利用料については日割計算で受領します |
| | 入居後3か月を超えた契約終了 | <ul style="list-style-type: none"> ・(健康管理一時金 - 非返還対象額) × (契約終了日から償却期間満了日までの日数) ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの日数) |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | — |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | — |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | — |
| | (4) 全国有料老人ホーム協会 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入。 当社倒産等により施設全入居者が退去せざるを得なくなり、入居契約が解除された場合、保証の対象となる。倒産等が入居中の場合は「前払金額に応じて予め定められた保証金額」が、倒産等が入居契約終了後から6か月間の場合は「前払金未償却残高（保証金額を限度）」が、入居契約者へ支払われる。保証に登録する際に必要となる拠出金は、当社が全て負担。 | |
| | 5 その他（名称：） |) |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------|-----------------|---------|
| 性 別 | 男 性 | 5 3 人 |
| | 女 性 | 1 1 2 人 |
| 年齢別 | 6 5 歳未満 | 0 人 |
| | 6 5 歳以上 7 5 歳未満 | 2 8 人 |
| | 7 5 歳以上 8 5 歳未満 | 4 3 人 |
| | 8 5 歳以上 | 9 4 人 |
| 要介護度別 | 自 立 | 1 1 4 人 |
| | 要支援 1 | 7 人 |
| | 要支援 2 | 7 人 |
| | 要介護 1 | 7 人 |
| | 要介護 2 | 5 人 |
| | 要介護 3 | 1 1 人 |
| | 要介護 4 | 1 1 人 |
| | 要介護 5 | 3 人 |
| 入居期間別 | 6 か月未満 | 1 0 人 |
| | 6 か月以上 1 年未満 | 6 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 6 4 人 |
| | 5 年以上 1 0 年未満 | 2 8 人 |
| | 1 0 年以上 1 5 年未満 | 1 6 人 |
| | 1 5 年以上 | 4 1 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---------|------------|
| 平均年齢 | 8 5. 1 1 歳 |
| 入居者数の合計 | 1 6 5 人 |
| 入居率※ | 7 7. 4 6 % |

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|-------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 人 |
| | 医療機関 | 0 人 |
| | 死亡者 | 1 9 人 |
| | その他 | 1 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 人 |
| | (解約事由の例) | |
| | 入居者側の申し出 | 0 人 |
| | (解約事由の例) | |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | |
|----------|--|
| 窓口の名称 | ① 株式会社 キューテン・グッドライフ鹿児島 ② 株式会社 キューテン・グッドライフ ③ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ④ 鹿児島市役所 長寿あんしん課 長寿施設係 ⑤ 鹿児島市役所 介護保険課（介護保険サービス関係） ⑥ 鹿児島県国民健康保険 団体連合会 介護保険課 介護相談室 ⑦ 鹿児島県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会 |
| 電話番号 | ① 099-286-0700 ② 092-524-0051 ③ 03-5207-2761 ④ 099-216-1147 ⑤ 099-216-1277 ⑥ 099-213-5122 ⑦ 099-286-2200 |
| 対応している時間 | 平 日 ① ② 9:00 ~ 17:00 ③ 毎週月曜～金曜日 10:00 ~ 17:00 ④ ⑤ 8:30～17:15 ⑥ 9:00 ~ 17:00 ⑦ 9:00～16:00 |
| | 土 曜 ① 9:00 ~ 17:00 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ 休 |
| | 日曜・祝日 ① 9:00 ~ 17:00 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ 休 |
| 定 休 日 | ① なし ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ 土曜日、日曜日、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 | ① あり | (その内容) 全国有料老人ホーム協会の損害賠償責任保険 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | ① あり | (その内容) 指定介護サービス事業者における事故発生時の報告マニュアルに基づき、事故発生時の対応、原因究明、再発防止策を講じる。 |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | ① あり | 2 なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|----------------------------------|------|--------|-------------------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | ① あり | 実 施 日 | ・意見箱を設置し、隨時対応 |
| | | 結果の開示 | ① あり (運営懇談会で公表) 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 | 2022年11月17日 |
| | | 評価機関名称 | 全国有料老人ホーム協会サービス第三者評価 |
| | | 結果の開示 | ① あり (HPで公表) 2 なし |
| 2 なし | | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管 理 規 程 | 1 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | ① 入居希望者に公開 ② 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|------------------------|---------------|
| 運営懇談会 | ① あり | (開催頻度) 1回/3か月 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 2 代替措置なし | |
| 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 | 1 あり (提携ホーム名：) ② なし |) |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり ② なし | |

| | |
|--|--|
| 有料老人ホーム設置運営指導指針 「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり ② なし |
| 合致しない事項がある場合の内容 | |
| 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | 1 あり ② なし |
| 不適合事項がある場合の内容 | |

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）
 別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

私は、本書面に基づき、事業者から重要事項の交付説明を受け、同意し作成した本書面の2部の内1部を受領しました。

入居者署名 印 立会人署名 印

契約者署名 印 (続柄)

私は、本書面に基づき、入居者様、契約者様、立会人様へ説明をし、本書面の2部の内1部を交付しました。

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | 事業所の名称 | 所在地 |
|------------------------------|--------|------|
| <居宅サービス> | | |
| 訪問介護 | あり | (なし) |
| 訪問入浴介護 | あり | (なし) |
| 訪問看護 | あり | (なし) |
| 訪問リハビリテーション | あり | (なし) |
| 居宅療養管理指導 | あり | (なし) |
| 通所介護 | あり | (なし) |
| 通所リハビリテーション | あり | (なし) |
| 短期入所生活介護 | あり | (なし) |
| 短期入所療養介護 | あり | (なし) |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | (なし) |
| 福祉用具貸与 | あり | (なし) |
| 特定福祉用具販売 | あり | (なし) |
| <地域密着型サービス> | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | (なし) |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | (なし) |
| 認知症対応型通所介護 | あり | (なし) |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | (なし) |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | (なし) |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | (なし) |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | (なし) |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | (なし) |
| 居宅介護支援 | あり | (なし) |
| <居宅介護予防サービス> | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | (なし) |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | (なし) |
| 介護予防訪問看護 | あり | (なし) |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | (なし) |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | (なし) |
| 介護予防通所介護 | あり | (なし) |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | (なし) |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | (なし) |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | (なし) |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | (なし) |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | (なし) |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | (なし) |
| <地域密着型介護予防サービス> | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | (なし) |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | (なし) |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | (なし) |
| 介護予防支援 | あり | (なし) |
| <介護保険施設> | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | (なし) |
| 介護老人保健施設 | あり | (なし) |
| 介護療養型医療施設 | あり | (なし) |

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧

| | 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | 個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担) | | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3（税込） | なし | あり |
|----------------------|----------------------------------|--|-------|----------|----|------|------------|------------|--|----|
| | | 特定施設入居者生活介護費 で実施するサービス (利用者一部負担※1) | 月額に含む | 必要に応じて実施 | 備考 | | | | 「＊」：自立者へ「健康管理一時金(介護保険給付対象外費用)」 で提供する一時の介護サービス | |
| 介護サービス | | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | ○ | 月額に含む | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | ○ | 1,650円/30分 | 必要に応じて実施 | * |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | ○ | 実費負担 | おむつが必要な場合、実費負担 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | ○ | 1,650円/30分 | 週3回を超える場合。但し、清拭又はシャワー浴1,100円/20分 | * |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | ○ | 1,650円/30分 | 週3回を超える場合。但し、清拭又はシャワー浴1,100円/20分 | * |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | 月額に含む | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 通院介助（協力・指定医療機関） | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 月額に含む | 必要に応じて実施 | * |
| 通院介助（協力・指定医療機関以外） | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 1,650円/30分 | 実費負担+交通費 | * |
| | | | | | | | | | 月額料金が22,000円（税込）を超えた分について 料金単価を50%割引く | |
| 生活サービス | | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | ケアプランにより週1回まで実施 | * |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 〃 | * |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | ケアプランにより週3回まで実施 | * |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550円/回 | | 必要に応じて実施 | * |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | 実費負担 | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | 実費負担 | 外部からの訪問理美容 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 必要に応じて週2回指定日に実施 | * |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,650円/30分 | | 必要に応じて実施 | * |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | | やむを得ない場合のみ実施 | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | | | 年/2回希望者対象（医療機関で実施） | * |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 必要に応じて実施 | * |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 必要に応じて実施 | * |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 必要に応じて実施 | * |
| 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（協力医療機関） | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 必要に応じて実施 | * |
| 入退院時の同行（協力医療機関以外） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,650円/30分 | | 実費負担+交通費 | * |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | | 週1回 協力医療機関の場合に適宜実施 | * |
| 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～3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、月額のサービス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。