

## 重要事項説明書

記入年月日

令和3年8月1日

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ていーねっとえんたーぷらいず 株式会社 ティーネットエンタープライズ	
主たる事務所の所在地	〒 371-0023 群馬県前橋市本町 2-2-12 前橋本町スクエアビル5F	
連絡先	電話番号	027-289-4555
	FAX番号	027-289-4556
	ホームページアドレス	http://www.t-net-g.co.jp/
	メールアドレス	info@t-net-g.co.jp
代表者	氏名	圓岡 孝文
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 16年 10月 5日	
主な実施事業	※別添1(別に実施する介護サービス一覧表)	

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

## (住まいの概要)

名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ひまわりかんざわのもり 住宅型有料老人ホーム ひまわり神沢の森	
所在地	〒379-2104 群馬県前橋市西大室町 39-1	
主な利用交通手段	最寄駅	樋越駅(上毛電気鉄道)
	交通手段と所要時間	樋越駅下車 大胡警察署南 2 km 徒歩 25 分
連絡先	電話番号	027-289-9233
	FAX番号	027-289-9234
	ホームページアドレス	http://www.t-net-g.co.jp/
	メールアドレス	Hmwr-kanzawa@t-net-g.co.jp
管理者	氏名	星野 康彦
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和・平成 22年11月12日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 22年12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 <input type="checkbox"/> 住宅型		
4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県(市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日(直近)	平成 年 月 日

**(特記事項)**

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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり 2 なし 3 不要*
※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により届出が不要	

**(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能**

併設介護保険事業所等	1	施設の名称	指定通所介護事業所 ひまわり神沢の森
		サービスの類型	通所介護
		事業所番号	1070106420
		事業所の場所	1 <input type="checkbox"/> 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	2	施設の名称	指定訪問介護事業所 ひまわり神沢の森
		サービスの類型	訪問介護
		事業所番号	1070106446
		事業所の場所	1 <input type="checkbox"/> 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	3	施設の名称	地域密着型通所介護 ひまわり西大室
		サービスの類型	通所介護
		事業所番号	1070106412
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 <input type="checkbox"/> 同じ町内
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	2,369.06 m <sup>2</sup>				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地 なし				
		2 事業者が賃借する土地				
		借地権の種類	1 普通借地権 2 定期借地権			
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
契約期間	1 あり (2016年2月1日～2046年1月31日) 2 なし					
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	927.40 m <sup>2</sup>			
		うち有料老人ホーム部分	797.50 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	1 耐火建築物(建築基準法第2条第9号の2) 2 準耐火建築物(建築基準法第2条第9号の3) 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( )				
	建物階数	平屋建て (うち有料老人ホーム部分 1 階)				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物 なし				
2 事業者が賃借する建物						
抵当権の設定		1 あり 2 なし				
契約期間		1 あり (2016年2月1日～2046年1月31日) 2 なし				
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	13,04 m <sup>2</sup>	29	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
※「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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	6ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
			その他( )	0ヶ所		
食堂	① あり 2 なし					
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり ② なし					
エレベーター	1 あり(車椅子対応) 2 あり(ストレッチャー対応) 3 あり(上記1・2に該当しない) ④ なし					
消防用設備 等	消火器	① あり 2 なし				
	自動火災報知設備	① あり 2 なし				
	火災通報設備	① あり 2 なし				
	スプリンクラー	① あり 2 なし				
	防火管理者	① あり 2 なし				
	防災計画	① あり 2 なし				
その他						

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	当社では、ご老人が孤独や寝たきりになる原因は、認知症や身体障害をきっかけに老いを巡る周囲との人間関係にあると考える。小規模な施設でないと良質な生活支援は困難と考え、この理念を实践し、アットホームな雰囲気の中で安全に健康的な暮らの支援を行っている。
サービスの提供内容に関する特色	低所得で重度の認知症の入居者が中心となっている。連携している、主治医の具体的な指示の下、看護業務にも力を注ぎ、健康的でアットホームな雰囲気の中で運営している。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算	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	1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I) (II) なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ (I)ロ (II) (III) なし
	介護職員処遇改善加算	(I) (II) (III) (IV) (V) 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 2 なし	(介護・看護職員の配置率) :1

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他( )	
協力医療機関	1	名称	にじいろクリニック
		住所	群馬県前橋市新前橋町 13-1
		診療科目	内科
		協力内容	月 2～3 回の往診・健康相談 年 1 回の定期健康診断 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	芳賀歯科医院
		住所	群馬県前橋市高花台 1-9-2
		協力内容	訪問歯科診療・歯科的健康相談 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他( )	
判断基準の内容			
手続の内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
	2 なし		

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
入居対象となる者の年齢	原則として 60 歳以上	
留意事項		
契約の終了・解除の内容	① 入居者が死亡したとき(入居契約書第 26 条) ② 事業者の契約解除に基づき、解除したとき(入居契約書第 27 条) ③ 入居者の契約解除に基づき、解除したとき(入居契約書第 28 条)	
事業主体から解除を求める場合	解除条項	入居契約書第 27 条
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解除予告期間	30 日以上解除予告期間	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> 1 あり(内容:1 泊 2 日) 2 なし	
体験入居の費用	1 泊 2 日 3,850 円(税込) 食事代別途	
入居定員	29人	
その他		

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

### （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	0.1
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	14	13	1	4.6
介護職員	14	13	1	4.6
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	4	1	3	1.7
事務員	0	0	0	0
その他職員	2	0	2	1.0
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
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	3	3	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	6	6	2
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	0	0	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
はり師	0	0	0
きゅう師	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( 17時30～9時 )		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率 <sup>※</sup> 【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)	:1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務					1 あり 2 なし					
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称	介護福祉士							
		2 なし									
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		0	0	6 0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
職員 の 人数	業務に従事した経験年数に応じた										
	1年未満	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式  <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	税法上の改正や物価の上昇等に依り、サービス提供に不備が生じると予想される場合。
	手続	ご家族様、利用者様への説明会を行います。

**(利用料金のプラン【代表的なプラン】)**

		プラン1		
入居者の 状況	要介護度			
	年齢			
居室の状況	床面積	13.04 m <sup>2</sup>		
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
入居時点で必 要な費用	前払金	0 円		
	敷金	0 円		
月額の利用料の合計(税込)		123,200 円		
家賃(非課税)		42,000 円		
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	－円		
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費(税込)	42,120 円	
		管理費(税込)	26,400 円	
		介護費用(徴収しない)	－円	
		光熱費(税込)	4,400 円	
		その他(洗濯代)(税込)	3,300 円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)</p>				

**(利用料金の算定根拠)**

費 目	算 定 根 拠
家賃	※別紙参照
敷金	
介護費用	
管理費	
食費	
光熱費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	
その他のサービス利用料	

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)**

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能**

算定根拠		
想定居住期間(償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称: )	

## 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	11人
	女性	17人
年齢別	60歳未満	0人
	60歳以上 65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	10人
	85歳以上 90歳未満	7人
	90歳以上 95歳未満	3人
	95歳以上 100歳未満	0人
	100歳以上	1人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	7人
	要介護2	6人
	要介護3	2人
	要介護4	10人
入居期間別	要介護5	3人
	6ヶ月未満	9人
	6か月以上 1年未満	3人
	1年以上 5年未満	12人
	5年以上 10年未満	4人
	10年以上 15年未満	0人
入居時の住所地	15年以上	0人
	市内	27人
	県内の他の市町村	1人
	県外	0人

### (入居者の属性)

平均年齢	80.6歳
入居者数の合計	28人
入居率※	96.5%
※ 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	3人
	医療機関	5人
	死亡者	3人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申出	8人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホーム等への転居 3人 医療機関で長期療養が必要となった 5人

**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	有料老人ホームひまわり神沢の森 管理者	
電話番号	027-289-9233	
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30
	土曜	8:30 ~ 17:30
	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30
定休日	なし	

**(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) 東京海上日動火災事業者賠償責任保険
	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) 東京海上日動火災事業者賠償責任保険
	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 2 なし	実施日	意見箱を設置 随時受付
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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
重要事項説明書	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない

**10. その他**

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行	1 あり(提携ホーム名: )	
【表示事項】	2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針	1 あり 2 なし	
「5.規模及び構造設備」に合致しない事項		
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	なし	
不適合事項がある場合の内容		
(公社)全国有料老人ホーム協会への加入	1 あり 2 なし	

添付書類:別添1(別の実施する介護サービス一覧表)

別添2(個別選択による介護サービス一覧表)



利用料金プラン・算定根拠

住宅型有料老人ホーム ひまわり神沢の森

定額費用	月額の利用料		123,200円(税込) ※月 30 日として計算
	支払方法		入居契約書に定める。
	内 容	家賃相当額	42,000円(非課税)
		管理費	26,400円(税込)
		使途	① 建物・付帯設備等の維持管理費 ② 服薬管理・健康維持管理費 ③ 生活支援費(介護保険対象外のもの) (居室清掃、共有部分の消耗品等) ④ 実費負担項目以外の各種消耗品費 (レクリエーション・イベント材料費等) ⑤ 事務費(人件費、事務消耗備品費等)
		光熱費	4,400円(税込)
		食費	42,120円(税込) 朝食 300 円・昼食 500 円・夕食 400 円・おやつ代 100 円
	洗濯代	3,300円(1日 100 円)(税込)	
消費税		税法に則り、消費税を負担して頂きます。(表示は税別額です)	

不定期・変動費用	支払方法		入居契約書に定める。
	利 用 料  内 容	リネン交換 (シーツ代)	1 回あたり 110 円(税込) 週 1 回のシーツ交換は、管理費に含みます。 基準以上のシーツ等リネン交換は、別途費用をご負担頂きます。
		日用品費	別に定める。(実費相当額) ①歯ブラシ ②歯磨き粉 ③入歯洗浄剤、④ティッシュ ⑤絆創膏 ⑥とろみ ⑦保湿クリーム ⑧ガーゼ ⑨お尻拭き 他
		付添・見守り	1 回 3 時間以内 5,500 円(税込)/職員一人あたり 以降、1 時間ごとに 2,200 円(税込)の割増 施設外での付添いや見守り。(事前の予約が必要です)
		介護費(介護保険に係る利用料を除く)	介護サービス等一覧表のとおり
		医療関係費	インフルエンザ予防接種費用、肺炎球菌ワクチン予防接種費用、散髪代 等
		退去時の居室クリーニング代	居室クリーニング代(業者依頼)として、20,000 円～30,000 円程度の実費負担をお願い致します。
		消費税	税法に則り、消費税を負担して頂きます。(表示は税込額です)

## 利用料金プラン・算定根拠

住宅型有料老人ホーム ひまわり神沢の森

定額費用	月額の利用料		114,620円(税込) ※月 30 日として計算
	支払方法		入居契約書に定める。
	内容	家賃相当額	34,200円(非課税)
		管理費	26,400円(税込)
		使用	⑥ 建物・付帯設備等の維持管理費 ⑦ 服薬管理・健康維持管理費 ⑧ 生活支援費(介護保険対象外のもの) (居室清掃、共有部分の消耗品等) ⑨ 実費負担項目以外の各種消耗品費 (レクリエーション・イベント材料費等) ⑩ 事務費(人件費、事務消耗備品費等)
		光熱費	4,400円(税込)
		食費	42,120円(税込) 朝食 300 円・昼食 500 円・夕食 400 円・おやつ代 100 円
		洗濯代	3,300円(1日 100 円)(税込)
消費税	税法に則り、消費税を負担して頂きます。(表示は税別額です)		

不定期・変動費用	支払方法		入居契約書に定める。
	内容	リネン交換 (シーツ代)	1 回あたり 110 円(税込) 週 1 回のシーツ交換は、管理費に含みます。 基準以上のシーツ等リネン交換は、別途費用をご負担頂きます。
		日用品費	別に定める。(実費相当額) ①歯ブラシ ②歯磨き粉 ③入歯洗浄剤、④ティッシュ ⑤絆創膏 ⑥とろみ ⑦保湿クリーム ⑧ガーゼ ⑨お尻拭き 他
		付添・見守り	1 回 3 時間以内 5,500 円(税込)/職員一人あたり 以降、1 時間ごとに 2,200 円(税込)の割増 施設外での付添いや見守り。(事前の予約が必要です)
		介護費(介護保険に係る利用料を除く)	介護サービス等一覧表のとおり
		医療関係費	インフルエンザ予防接種費用、肺炎球菌ワクチン予防接種費用、散髪代 等
		退去時の居室クリーニング代	居室クリーニング代(業者依頼)として、20,000 円～30,000 円程度の実費負担をお願い致します。
		消費税	税法に則り、消費税を負担して頂きます。(表示は税込額です)

説明年月日：\_\_\_\_\_年 月 日

契約にあたり、入居者及び身元引受人は、契約書及び本書面に基づいて、重要な事項の説明者を受け、これに同意するとともに、当該施設職員は、規定に基づき説明を行いました。

入居者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

身元引受人氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

〈説明者〉

株式会社ティーネットエンタープライズ  
住宅型有料老人ホーム ひまわり神沢の森

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

別添1 事業主体が前橋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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	ひまわり神沢の森	前橋市西大室39-1
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	ひまわり神沢の森 ひまわり西大室 (地域密着型)	前橋市西大室町39-1 前橋市西大室町2500
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無						なし	あり	
実費負担	特定施設入居者生活介護 費で実施するサービス(利 用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)		包含※2	都度※2	料金※3	備 考
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			
おむつ代			なし	あり		○	360円(税別)	※持込みの場合、 廃棄料月1,320円(税込)
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○			
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	5,500円(税込)	1回3時間以内。1時間超えるごとに 2,200円割増(税込)
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	110円(税込)	1回につき(週1回以上の場合)
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	110円(税込)	1日につき
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		実費負担
おやつ			なし	あり		○	110円(税込)	1日1回の提供につき
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		実費負担
買物代行	なし	あり	なし	あり		○		実費負担
役所手続代行	なし	あり	なし	あり		○		実費負担
金銭・貯金管理			なし	あり	○			
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		協力医療機関で実施
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○		
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	5,500円(税込)	1回3時間以内。1時間超えるごとに 2,000円割増(税込)
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				要相談
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				要相談