

重要事項説明書

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及び埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1 サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地等

| | | | |
|----------------|--|--|-------------------------|
| 住宅の名称 | (ふりがな) えくらしあみさとみなみ エクラシア三郷南 | | |
| 所在地※1 | (郵便番号 341-0044) 埼玉県三郷市戸ヶ崎2-202 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |
| | FAX番号 | | |
| | メールアドレス | | |
| | ホームページアドレス | | |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (つくばエクスプレス 八潮 駅から バス で 20分) <input type="checkbox"/> 2. その他 () | | |
| 住宅に関する 権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 | | |
| | 期間 | 2019 年 7 月 | 1 日から 2049 年 6 月 30 日まで |
| | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 抵当権の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 施設に関する 権原※2 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 | | |
| | 期間 | 2019 年 7 月 | 1 日から 2049 年 6 月 30 日まで |
| | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 抵当権の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 敷地に関する 権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 | | |
| | 期間 | 2019 年 7 月 | 1 日から 2049 年 6 月 30 日まで |
| | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 抵当権の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |

(※1)住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。

建築前で、建物の所在、住居表示が決定していない場合は、土地の地番を記載すること。

(※2)施設とは、「9 サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設」を指す。

施設の運営者の権原を記載すること。運営者が複数いる場合、規模が最も大きい施設の運営者の権原を記載し、その他の運営者の権限について、入居者へ説明すること。

2 サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

| | | | |
|----------------------------|--|---------|--|
| 法人・個人の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 | | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) 株式会社ウエルオブ東部 | | |
| 住 所 (法人にあっては 主たる事務所) | (郵便番号 336-0024) 埼玉県さいたま市南区根岸1-3-9 電話番号 050-6861-5201 | | |
| 法人の役員 | 別添 1 のとおり | | |
| 法定代理人 (未成年の個人 である場合) | (ふりがな) | | |
| | 商号、名称、又は氏名 | | |
| | 住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在 地) | (郵便番号) | |
| | | 電話番号 | |
| 法人の役員 | 別添 2 のとおり | | |

3 サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

| | | | |
|---------|---|--|--|
| 事務所の名称 | (ふりがな) 株式会社ウエルオブ東部 | | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 336-0024) 埼玉県さいたま市南区根岸1-3-9 電話番号 050-6861-5201 | | |

4 サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

| | | | | |
|----------|--|--|----------------|---|
| 住宅戸数 | 登録申請対象戸数 | 36 | 戸 | |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.30 | m ² | 詳細については、別添3のとおり |
| | (最大) | 18.91 | m ² | |
| 構造及び設備 | 共同利用設備 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 構造 | 鉄骨造 | | 階数 地上3階建 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 建築物の延床面積 | | 1651.65 | m ² | (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1459.47 m ²) |
| 竣工の年月 | 年 月 日 | | | |
| 加齢対応構造等 | <input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている | | | |

5 サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

| | |
|-----------------------|--|
| 入居契約の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨 | |
| 終身賃貸事業者の事業の認可 | <input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている |
| 入居者の資格 | <input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。) |
| 入居契約の内容 | 別添「状況把握・生活相談一体型賃貸借契約書」「生活支援サービス契約書」のとおり |

| | |
|--------|------------------|
| 事業開始時期 | 2019 年 8 月 1 日から |
|--------|------------------|

6 利用料金

| サービスの種類 | 提供形態 | 提供の対価(概算・月額) | |
|---------------------|---|---|------------|
| 高齢者生活支援サービス | 状況把握・生活相談 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 | 約 1,000 円 |
| | 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 45,000 円 |
| | 入浴等の介護 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 |
| | 調理等の家事 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 3,000 円 |
| | 健康の維持増進 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 |
| その他 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 0 円 | |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 43,000 円 | 住戸ごとの内容は別添3のとおり | |
| | (最高) 約 45,000 円 | | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 15,000 円 | | |
| | (最高) 約 17,000 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 129,000 円 | 家賃の 3 月分 | |
| | (最高) 約 135,000 円 | | |
| 前払金※の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 家賃等の前払金の概算額 | (最低) 約 円 | (最高) 約 円 | |
| 特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている | 介護保険事業所番号 () | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている | 介護保険事業所番号 () | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている | 介護保険事業所番号 () | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない | | |

| | | |
|----------------------------|-----|--|
| 利用料金の支払方式 | | <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 |
| | | <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 |
| | | <input type="checkbox"/> 選択方式 (該当する方式全て選択) |
| | | <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 |
| | | <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 |
| | | <input type="checkbox"/> 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 減額なし |
| | | <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 |
| | | <input type="checkbox"/> 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 | 消費者物価指数等を勘案し、料金が不相当となった場合。 |
| | 手続き | 事前に書面又は口頭にて説明の上、料金を改定する。 |

| | | |
|------------------------------|-------------------|-----|
| 前払金の算定根拠 | | |
| 想定居住期間（償却年数） | | |
| 償却開始日 | | 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 | |
| 前払い金の保全先 | 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 | |

※前払金を受領していない場合は省略可

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7 サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

| | |
|------------------------------------|---|
| 管理の方式 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託 |
| 委託する業務の内容 (契約事項) | |
| 管理業務の委託先 | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) |
| 住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地) | (郵便番号) 電話番号 |
| 修繕計画 | |
| 計画策定の 有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 大規模修繕の 実施予定 | 頃実施予定 |
| その他計画的 な修繕予定 | |

8 サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

| 施設の名称 | 提供されるサービスの概要 | 事業所番号 | 事業所の場所 |
|--------------------|--------------|-------|---|
| デイサービスセンターエクラシア三郷南 | 通所介護 | | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| | | | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| | | | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |

9 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

| | |
|------------|----------------------|
| 連携又は協力の相手方 | |
| 事業所の名称 | (ふりがな) |
| 事業所の所在地 | (郵便番号)) 電話番号 |
| 連携又は協力の内容 | |

10 登録の申請が基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切なものである旨

当社の事業は、基本方針及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に照らして適切に行うことを誓約します。

1.1 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|-------------------------------|
| 運営に関する方針 | 地域に開かれた施設運営を行います。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は省略。

| | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無 | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 認知症専門ケア加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ)イ | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅰ)ロ | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| (Ⅱ) | | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input type="checkbox"/> | あり | (介護・看護職員の配置率) | | | |
| | <input type="checkbox"/> | なし | : | | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|---|-------------------------------------|-----------------------------|
| 医療支援 | | <input checked="" type="checkbox"/> | 救急車の手配 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | 入退院の付き添い |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | 通院介助 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | その他 () |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | あおぞらクリニック |
| | | 住所 | 埼玉県さいたま市大宮区宮町3-1-6 明秀ビル206号 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|----|
| 入居後に居室を住み替える場合 | <input type="checkbox"/> | 一時介護室へ移る場合 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 介護居室へ移る場合 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | その他 () | | | |
| 判断基準の内容 | | | | | |
| 手続きの内容 | <input type="checkbox"/> | 医師の意見を聞く | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 3か月間の観察期間を置く | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 本人及び身元引受人の同意を得る | | | |
| 追加的費用の有無 | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | | | |
| 居室賃借権(利用権)の取扱い | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | | | |
| 前払金償却の調整の有無 | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | | | |
| 従前の居室との仕様の 変更 | <input type="checkbox"/> | 面積の増減 | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | なし |
| | <input type="checkbox"/> | 便所の変更 | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | なし |
| | <input type="checkbox"/> | 浴室の変更 | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | なし |
| | <input type="checkbox"/> | 洗面所の変更 | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | なし |
| | <input type="checkbox"/> | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | なし |
| | <input type="checkbox"/> | 収納設備の変更 | <input type="checkbox"/> | あり <input type="checkbox"/> | なし |
| | <input type="checkbox"/> | その他の変更 | <input type="checkbox"/> | あり (変更内容) | |
| | <input type="checkbox"/> | なし | | | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|------------------|--|--|-----------------------------|
| 入居対象となる者【表示事項】 | 自立している者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 留意事項 | 60歳以上または要支援・要介護の者 | | |
| 事業主体から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第14条による | |
| | 解約予告期間 | 2カ月 | |
| 入居者から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第15条による | |
| | 解約予告期間 | 30日間 | |
| 体験入居の内容 | <input type="checkbox"/> あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 入居定員 | 36人 | | |
| その他 | | | |

1.2 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

| 職種 | 職員数 (実人数) 人 | | | | | 常勤換算人数※1 |
|---|-------------|----|-----|-----|-----|----------|
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 直接処遇職員 | 5 | 0 | 1 | 0 | 4 | |
| 介護職員 | 5 | 0 | 1 | 0 | 4 | |
| 看護職員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1 | | | | | | 時間 |
| ※1 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 (注1)併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。 (特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。) (注2)常勤・非常勤、専従・非専従について {常勤 …住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。 {非常勤 …常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。 {専従 …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。 {非専従 …専従以外の者。 (注3)業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。 (注4)常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。 | | | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| 職種 | 職員数 (実人数) 人 | | | |
|---|-------------|----|-----|-----|
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | | | | |
| 実務研修の修了者 | | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | |
| (注1)(職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。 (注2)1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。 | | | | |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| 職種 | 職員数 (実人数) 人 | | | | |
|-------------|-------------|----|-----|-----|-----|
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 看護師又は准看護師 | | | | | |
| 理学療法士 | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | |

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。
(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (18時 00分～ 9時 00分) | | |
|-----------------------------|------|--------|
| 職種 | 平均人数 | 最小时人数※ |
| 介護職員 | 1 人 | 1 人 |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |

※最小时人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(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、省略可能) | 契約上の職員配置比率【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 |
| | | <input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上 |
| | | <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 |
| | | <input type="checkbox"/> 3.0 : 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) | : 1 |
| 外部サービス利用型特定施設の介護サービス提供体制 (該当しない場合、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 | 管理者の氏名 | | | | | | | | | | |
| | 職名 | | | | | | | | | | |
| | 他の職務との兼務 | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> なし | | 資格等の名称 | | | | | |
| | 生活相談員 | | 介護職員 | | 看護職員 | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | | |
| 経験年数 | 1年未満 | | | | | | | | | | |
| | 1年以上 | | | | | | | | | | |
| | 3年未満 | | | | | | | | | | |
| | 3年以上 | | | | | | | | | | |
| | 5年未満 | | | | | | | | | | |
| | 5年以上 | | | | | | | | | | |
| | 10年未満 | | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施 | | | <input type="checkbox"/> あり | | <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |

1.3 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 | 人 |
| | 女性 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 人 |
| | 85歳以上 | 人 |
| | | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援1 | 人 |
| | 要支援2 | 人 |
| | 要介護1 | 人 |
| | 要介護2 | 人 |
| | 要介護3 | 人 |
| | 要介護4 | 人 |
| | 要介護5 | 人 |

| | | |
|------|------------|---|
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 人 |
| | 15年以上 | 人 |

(入居者の属性)

| | |
|--|---|
| 平均年齢 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 人 |
| 入居率※ | % |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。 一時不在の者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

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

1.4 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)

| | | |
|---|----------|------------------------|
| 1 | 窓口の名称 | エクラシア三郷南 苦情相談窓口 |
| | 電話番号 | |
| | 対応している時間 | 月～土 9:00～18:00 |
| | 定休日 | 日曜、祝日 |
| 2 | 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 |
| | 電話番号 | 048-830-3254 |
| | 対応している時間 | 平日8:30～17:15 |
| | 定休日 | 土曜、日曜、祝日、年末年始 |
| 3 | 窓口の名称 | 埼玉県都市整備部住宅課 |
| | 電話番号 | 048-830-5562 |
| | 対応している時間 | 平日8:30～17:15 |
| | 定休日 | 土曜、日曜、祝日、年末年始 |
| 4 | 窓口の名称 | 三郷南市消費生活支援センター |
| | 電話番号 | 048-930-7725 |
| | 対応している時間 | 9:00～12:00・13:00～16:00 |
| | 定休日 | 土曜、日曜、祝日、年末年始 |
| 5 | 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター |
| | 電話番号 | 048-261-0999 |
| | 対応している時間 | 9:00～16:00 |
| | 定休日 | 日曜、祝日、年末年始 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------|--|--|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 東京海上日動株式会社保険に加入 |
| | <input type="checkbox"/> なし | |
| 賠償すべき事故が発生したときの対応 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業者の故意または過失による場合には入居者及び身元引受人に誠意を持って対応します。但し、入居者側にも故意または過失がある場合には事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。 |
| | <input type="checkbox"/> なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|--|--|--------|--|
| 利用者アンケート調査、意見箱等 利用者の意見等を把握する取組の 状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 実施内容 | 顧客満足アンケート |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> なし | | |
| | <input type="checkbox"/> あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |

15 入居希望者への事前の情報開示

| | | | |
|----------|--|-----------------------------------|---|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 管理規程 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

16 その他

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (開催頻度) 年 1回 |
| | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) |
| | | <input type="checkbox"/> 代替措置なし |
| 提携ホームへの住み替え※ | <input type="checkbox"/> あり | (提携ホーム名:) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | <input type="checkbox"/> なし | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 体験入居を実施していない。 |
| ※提携ホームとは、(介護予防) 特定施設入居者生活介護の指定を受けている提携施設を指す。 | | |

- (添付資料)
- 別添1 (役員名簿 (法第6条第1項第3号に該当する者))
 - 別添2 (役員名簿 (法第6条第1項第4号に該当する者))
 - 別添3 (住宅の規模並びに構造及び設備等)
 - 別添4 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの概要)
 - 別添5 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表)
 - 別添6 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

説明年月日

平成 年 月 日

_____様に対して、_____契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名

所在地

代表者名

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、_____契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印

別添 3

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

| 住棟番号 | 専用部分 の床面積 (㎡) | 構造及び設備※ | | | | | | 住戸数 (戸) | 住戸番号 <small>(該当するものを全て記載)</small> | 月額家賃 (概算額) (円) |
|------|---------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|---|--------------------------|
| | | 完 備 | 便 所 | 洗 面 | 浴 室 | 台 所 | 収 納 | | | |
| 1 | 18.30 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 25 | 101.103.202.203. 205.206.207.208. 212.213.215.216. 220.221.302.303. 305.306.307.308. 312.313.315.316. 320 | 45,000 |
| 1 | 18.91 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 11 | 102.201.210.211. 217.218.301.310. 311.317.318 | 45,000 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

注1)住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。
 注2)設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。
 ※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

(1) 共同利用設備

| 設備等 | 整備箇所 数 | 合計床面積 (㎡) | 整備箇所 | 想定 利用戸数 (戸) | 利用方法 |
|--------|-----------|--------------|------|-------------------|--------|
| 居間・食堂 | 1 | 113.71 | 1階 | 36 | 常時利用可能 |
| 談話コーナー | 2 | 74.42 | 2～3階 | 36 | 常時利用可能 |
| 脱衣室・浴室 | 4 | 40.6 | 2～3階 | 36 | 常時利用可能 |
| 共用WC | 6 | 22.24 | 1～3階 | 36 | 常時利用可能 |
| 洗濯室 | 3 | 21.50 | 1～3階 | 36 | 常時利用可能 |
| | | | | | |
| | | | | | |

注1)整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

(2) 消防用設備・その他設備

| | | |
|----------|------|-----------------------|
| 消火器 | ■ あり | □ なし |
| 自動火災報知設備 | ■ あり | □ なし |
| 火災通報設備 | ■ あり | □ なし |
| スプリンクラー | ■ あり | □ なし |
| 防火管理者 | ■ あり | □ なし |
| 防災計画 | ■ あり | □ なし |
| エレベーター | ■ あり | (■車椅子対応 ■ストレッチャー対応) |
| | □ なし | |

別添4

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

| | | | | | | |
|----------------------|--|---|---|---|----------|-------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称又は氏名 | (ふりがな) | | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | | | |
| | | 電話番号 | | | | |
| サービスを提供する法人等の別 | <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 | | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等 | | | |
| サービスを提供する者の人数 | <input type="checkbox"/> 医師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | 人員 人 | |
| | <input type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 人 | |
| | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 養成研修修了者 | 人員 人 | |
| | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 5人 | |
| | | | 合 計 | | 人員 5人 | |
| 常駐する場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地) | | | | | |
| 常駐する日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く() | | | | | |
| 常駐する時間 | 日中 | 9 時 | 00分 | ~ | 17 時 00分 | 人員 1人 |
| | 上記以外の時間 | 17 時 | 00分 | ~ | 9 時 00分 | 人員 1人 |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 1日1回 朝7:00~8:00の間に定期巡回・安否確認を行います。 | | | | 毎日 1 回 | |
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | | <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ) | | | |
| | | | 常駐する日 | 0時 0 分 ~ 24 時 0分 | | |
| | | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | |
| | 通報方法 | | ナースコールによる | | | |
| 通報先 | | 1階事務室 | | 通報先から住宅までの到着予定時間 2分 | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 1,000 円 | 前払金の | | | |
| | 前払金 | 約 円 | 算定方法 | | | |
| 備考 | | | | | | |

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|----------------|---|--|----------|-------------------------------|-------------------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 食事提供を行う場所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない() | | | |
| | 調理等 | <input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額※ | 約 45,000 円 | 内訳 | 朝食 450 円 | 昼食 450 円 夕食 450 円 |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 | | |
| 備考 | おやつ1食150円 上記月額1ヶ月を30日とした場合の金額です。 特別対応食をご希望の場合、糖尿病対応食は+100円・腎臓病対応食+200円が各食金額に加算されます。 | | | | |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|--|---|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する 場合の 委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額 | 約 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | | | | |

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|--|-------|-------------------------------|---|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する 場合の 委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額 | 約 | 3,000 | 前払金の 算定方法 | 円 |
| | 前払金 | 約 | 0 | | |
| 備考 | | 洗濯希望の衣類を週2回居室まで回収に伺います。(専用の洗濯ネットを支給致します) | | | |

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|---|---|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する 場合の 委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額 | 約 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | | | | |

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|--|----------|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する 場合の 委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 内容 | 定期巡視・緊急時対応 | | | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額 | 約 | 29,000 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 0 円 | | |
| 備考 | | ①常駐スタッフによる3時間毎の24時間定期巡視サービス ②提携医療機関との連携および情報提供 ③夜間時間帯における介護サービス 提供時間:①・②24時間 ③夜間サービスは21時～翌8時) | | | |

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|----------------|------------------------------|---|--|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 内容 | 寝具・タオルレンタル | | |
| サービス提供の対価(概算額) | | 月額 | 約 3,000 円 | 前払金の算定方法 | |
| | | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | | 寝具一式レンタル(布団・枕・シーツ・防水シーツ) タオル類レンタル(バスタオル・ハンドタオル) 交換無制限 | | | |

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|----------------|------------------------------|---|--|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 内容 | 外出付き添い | | |
| サービス提供の対価(概算額) | | 月額 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 | |
| | | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | | 1時間2,000円 前日までにお申込み下さい、上限は3時間までとさせていただきます。 | | | |

別添4

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

| | | | | | |
|----------------------|--|---|---|---|----------------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | | |
| | | 電話番号 | | | |
| サービスを提供する法人等の別 | <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 | | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等 | | |
| サービスを提供する者の人数 | <input type="checkbox"/> 医師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | 人員 人 |
| | <input type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 人 |
| | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 養成研修修了者 | 人員 人 |
| | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 5人 |
| 常駐する場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地) | | | | |
| 常駐する日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く() | | | | |
| 常駐する時間 | 日中 | 9 時 | 00分 | ~ | 17 時 00分 人員 1人 |
| | 上記以外の時間 | 17 時 | 00分 | ~ | 9 時 00分 人員 1人 |
| 誓約事項 | <input type="checkbox"/> 施行規則第11条第5号の規定により状況把握サービス及び生活相談サービスを提供する場合には、あらかじめ入居者の承諾を得たことを誓約します。 | | | | |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 1日1回 朝7:00~8:00の間に定期巡回・安否確認を行います。 | | | | 毎日 1 回 |
| | <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ) | | | | |
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | 常駐する日 | 0 時 0 分 | ~ | 24 時 0分 |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | |
| | 通報方法 | ナースコールによる | | | |
| | 通報先 | 1階事務室 | 通報先から住宅までの到着予定時間 2分 | | |
| 緊急時における対応の内容 | 各居室及び共用部分に設置されたナースコールを押していただくことにより、1階事務室において24時間通報を受信し、住宅に常駐するスタッフが駆けつけて必要な対応(ご家族への連絡、救急車の呼び出し等)をさせていただきます。 また、緊急時において医療機関等との連携対応を行います。 | | | | |
| 生活相談サービスの内容 | 生活に関わる相談援助、外部の介護サービスなどの案内を行います。 | | | | |
| | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 提供時間 | 9 時 | 0 分 | ~ | 17 時 0分 |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 1,100 円 | 前払金の算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 円 | | | |

| | |
|----|---|
| 備考 | <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時において医療機関等との連携対応を行います。 ・生活に関わる相談援助、外部の介護サービスなどの案内を行います。 |
|----|---|

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|----------------|---|--|--|-------------------------------|-------------------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 | | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 | | |
| 食事提供を行う場所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない() | | | |
| | 調理等 | <input type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(ワー) | | | |
| | 入居者の健康状態に合わせた食事対応 | | <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし | | |
| | 入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応 | | <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額※ | 約 50,100 円 | 内訳 | 朝食 500 円 | 昼食 500 円 夕食 500 円 |
| | 前払金 | 約 円 | 前払金の算定方法 | | |
| 備考 | おやつ1食170円 上記月額額は1ヶ月を30日とした場合の金額です。 特別対応食をご希望の場合、糖尿病対応食は+100円・腎臓病対応食+200円が各食金額に加算されます。 当施設における食事の提供は、個別食を専門業者(ワールドクッキングサービス社)から仕入れる形式にて行っております。 | | | | |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|--|--|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する 場合の 委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 内容 | <input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額 | 約 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | | | | |

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------|---|--|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する 場合の 委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 内容 | <input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額 | 約 | 3,300 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | | 洗濯希望の衣類を週2回居室まで回収に伺います。(専用の洗濯ネットを支給致します) | | | |

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | |
|----------------|--|---|----------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 () | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 |
| | 前払金 | 約 0 円 | |
| 備考 | 当施設では入居者様の健康維持の為、定期的な検診・健康診断等を推奨しており、医療機関等の情報提供を随時行わせていただきます。 ※なお、検診に係る費用等は実費となります。 | | |

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | |
|----------------|--|---|----------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 内容 | 生活支援サービス | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 |
| | 前払金 | 約 0 円 | |
| 備考 | 定期巡視・緊急時対応： 月額31,900円 寝具タオル・日用品： 月額6,600円 寝具・タオルレンタル： 月額3,300円 外出付き添い： 1時間2,200円(上限3時間) | | |

別添5

運営方針

| 項目 | 該当 |
|---|--|
| 重要事項を記載した書面のひな形を公開する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居及び退去の条件を書面に記載する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 地域社会との交流及び連携を図る | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 災害に対応するための仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者間の交流の促進を図る | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 職員の教育及び研修に関する計画を策定する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

| | |
|--|--|
| 職員に対して、認知症に関する研修を行う | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

別添6

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表

| 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 | | | | □ あり ■ なし | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--------|-------------------------|
| サービス内容 | 特定施設入居者生活介護費で実施するサービス | | 個別の利用料で実施するサービス | | | 備考 |
| | | | 包含 ※1 | 都度 ※2 | 料金(税込) | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| おむつ代 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入浴(一般浴)介護・清拭 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特浴介助 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 身辺介助(移動・着替え等) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 機能訓練 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 通院介助 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| リネン交換 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 日常の洗濯 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ○ | 3,300円/月 洗濯代行(引取)週2回 |
| 居室配膳・下膳 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | 無料 |
| 嗜好に応じた特別食 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ○ | 実費 |
| おやつ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ○ | 170円/食 |
| 理美容サービス | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ○ | 実費 |
| 買物代行 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 役所手続き代行 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 金銭・貯金管理 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 健康管理サービス | | | | | | |
| 定期健康診断 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ○ | 実費 |
| 健康相談 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | ○ | 無料 |
| 生活指導・栄養指導 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 服薬支援 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | |
| 移送サービス | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入退院時の同行 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入院中の見舞い訪問 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |

※1 「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供する場合に該当。

※2 「都度」は、サービスごとの利用料が定まっている場合に該当。料金を記載すること。

別添7

事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 主な事業所の所在地 |
|------------------------------|-----|------------------|------------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 3 | ラウンドアンドケア訪問介護事業所 | さいたま市、吉川市、入間市 |
| 訪問入浴介護 | | | |
| 訪問看護 | | | |
| 訪問リハビリテーション | | | |
| 居宅療養管理指導 | | | |
| 通所介護 | 20 | デイサービスセンターエクラシア | さいたま市、川口市、川越市、ほか |
| 通所リハビリテーション | | | |
| 短期入所生活介護 | | | |
| 短期入所療養介護 | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | | | |
| 福祉用具貸与 | 1 | ラウンドアンドケア福祉用具 | 吉川市 |
| 特定福祉用具販売 | | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | | | |
| 認知症対応型通所介護 | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | |
| 居宅介護支援 | | | |
| <介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | | | |
| 介護予防訪問看護 | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | |
| 介護予防通所介護 | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | |
| <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 | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | |
| 介護予防支援 | | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | | | |
| 介護老人保健施設 | | | |
| 介護療養型医療施設 | | | |