

## 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) なごやかれじでんすひがしところざわ なごやかレジデンス東所沢		
所在地※1	(郵便番号 359-0024 ) 埼玉県所沢市大字下安松200番の1		
連絡先	電話番号	04-2951-1616	
	FAX番号	04-2945-0038	
	メールアドレス	nagoyaka-higashitokorozawa@ymmd.co.jp	
	ホームページアドレス	http://www.ycmd.co.jp/	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( 西武池袋線 清瀬 駅から バスで6分 降車後、徒歩5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	2014年 3月 20日から	2039年 3月 19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 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	2014年 3月 20日から	2039年 3月 19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 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	2014年 3月 20日から	2039年 3月 19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 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、「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」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) かぶしきがいしややまねめでいかる 株式会社やまねメディカル		
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 103-0022 ) 東京都中央区日本橋室町一丁目2番6号		電話番号 03-5201-3995
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) かぶしきがいしややまねめでいかる 株式会社やまねメディカル		
事務所の所在地	(郵便番号 103-0022 ) 東京都中央区日本橋室町一丁目2番6号		電話番号 03-5201-3995

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	28	戸
居住部分の規模	(最小)	18.58	m <sup>2</sup>
	(最大)	18.58	m <sup>2</sup>
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	
		■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	1,342.33 m <sup>2</sup>	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1,079.69 m <sup>2</sup> )
竣工の年月	2014年3月28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	別添入居契約書のとおり

事業開始時期	2014年5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 checked="" type="checkbox"/> 委託	約 18,700 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 49,890 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input 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 円
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低)	約 47,700 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高)	約 65,000 円	
共益費の概算額	(最低)	約 10,000 円	
	(最高)	約 10,000 円	
敷金の概算額	(最低)	約 95,400 円	家賃の 2.0 月分
	(最高)	約 130,000 円	
水道光熱費の支払方法	住戸の電気代は個メーターによる実費となります。		
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		

介護サービス情報	(地域密着型) 特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は別紙※のとおり
----------	--

※「介護サービス情報公表システム」の掲載内容を印刷したもの。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物賃貸料、近隣相場を勘案して算定
共益費(管理費)	階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料、清掃費等により算定
敷金	家賃の 2.0 ヶ月分
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談サービスに係る人件費、事務管理費等により算定
食費	3食30日間利用した場合(朝食259円、昼食702円、夕食702円)
その他	電気代(実費)のみ

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金算定の根拠)

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。

前払金の算定根拠		
想定居住期間(償却年数)		
償却開始日		
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	

※前払い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。

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	現行の利用料金が以下の条項により不相当と判断された場合。 ○入居契約書 第4条第3項、第5条第4項、第8条第5項 ○生活支援オプションサービス提供契約書 第5条
	手続き	変更の内容を説明し、入居者との協議により決定。



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
かがやきデイサービス東所沢	通所介護・介護予防通所介護相当サービス (入浴、食事、健康チェック等)	1172504456	<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

※表に記載された施設、サービスに限らず、介護サービス事業者の選択は自由とする。

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 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--









1.1 運営方針  
別添5のとおり

1.2 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

基本方針及び埼玉県の高齢者居住安定確保計画に照らして適切に運営します。

1.3 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	個人の有する能力に応じ自立して日常生活を営むことが出来るようサービスを提供致します。
サービスの提供内容に関する特色	併設施設と連携を図り介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援致します。

(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。

<p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p>	入居継続支援加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	ADL維持等加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退去時情報提供加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(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)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅳ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(1)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(2)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(3)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(4)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(5)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(6)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(7)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(8)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(9)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(10)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(11)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(12)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(13)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(14)	<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			



1.4 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) 9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			
生活相談員	2			2		
直接処遇職員						
介護職員						
看護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	3			3		
事務員						
その他職員(宿直)	3			3		
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	非専従
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 (17時00分～翌9時00分)		
職種	平均人数	最少時人数※
宿直職員	1人	1人
看護職員	人	人

※最少時人数は、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:常勤換算職員数)	: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	栗原 満									
	職名	施設長									
	他の職務との兼務	<input checked="" 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		2								
	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 checked="" type="checkbox"/> あり					<input type="checkbox"/> なし				

15 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	12人
	女性	16人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	14人
	85歳以上	8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	10人
	要介護2	8人
	要介護3	10人
	要介護4	0人
	要介護5	0人

入居期間	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	14人
	5年以上10年未満	6人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	79.8	歳
入居者数の合計	28	人
入居率※	100	%
※ 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	4	人	
	医療機関	1	人	
	死亡者	2	人	
	その他		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	5	人	(解約事由の例) 常時介護が必要となった 長期入院

16 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	事務室
	電話番号	04-2951-1616
	対応している時間	9:00-17:00
	定休日	日曜日
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	8:30-17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
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	8:30-17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
4	窓口の名称	所沢市消費生活センター
	電話番号	04-2998-9204
	対応している時間	10:00-11:30、13:00-16:00
	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
5	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター(川口)
	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、12/29~1/3

(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) 福祉事業者総合賠償責任保険 [三井住友海上火災保険株式会社]
	<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) 事故対応マニュアルに基づき速やかに対応します。
	<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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	<input type="checkbox"/> あり	実施内容		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		結果の開示			
	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
第三者による評価の実施状況	<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				

17 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" 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 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
財務諸表の原本	<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

18 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 2 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	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催		1 あり 2 なし
	指針の整備		1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり 2 なし
	担当者の配置		1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催		1 あり 2 なし
	指針の整備		1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
	2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画		1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画		1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施		1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施		1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施		1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し		1 あり 2 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 checked="" type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)	

※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 (運営方針)
  - 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)
  - 別添 7 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

説明年月日

令和 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 株式会社やまねメディカル

---

所在地 東京都中央区日本橋室町一丁目2番6号

---

代表者名 代表取締役 山根 洋一

---

説明者氏名

---

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

---

