

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	51	戸
居住部分の規模	(最小)	18.45	m ²
	(最大)	36.90	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
	■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	1928.27 m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1906.48 m ²)
竣工の年月	平成 25 年 12 月 10 日		
加齢対応構造等	■ 登録基準に適合している		
	■ エレベーターを備えている		
	■ 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	■ 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	平成 25 年 12 月 10 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 16,500 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 63,660 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 type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 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 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 65,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
	(最高) 約 140,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円		
	(最高) 約 40,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 195,000 円	家賃の 3 月分	
	(最高) 約 420,000 円		
水道光熱費の支払方法	共益費に含む		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
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	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ()	

居者生活介護事業所	■ 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	近隣相場を勘案して算定
共益費(管理費)	事務管理費、共用施設の維持管理費、水津光熱費により算定
敷金	家賃の3か月分
高齢者生活支援サービス	人件費により算定
食費	業務委託料により算定
その他	

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 type="checkbox"/> 減額なし	
	<input checked="" 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	入居契約書 4・5・7条
	手続き	協議の上改定

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
ヘルパーステーション フラワー	入居高齢者を訪問して生活介護と身体介護を提供	1172504324	<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
医療法人社団秀栄会 所沢第一病院	医療及び健康管理	1112503431	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
所沢第一病院居宅介護事業所	ケアマネジメントの作成	1172500751	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
所泡第一病院デイサービス	日帰りで食事、入浴、レクリエーションなどの提供	1112503431	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
医療法人社団和栄会 所沢腎クリニック	医療	112503456	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" 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	(ふりがな)
事業所の名	

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

系列病院との連携

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高齢者居住安定確保計画に沿って運営します。

1.3 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	安心・安全に暮らせる住まいを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	介護・医療と連携し安心して暮らし続けられるよう支援します。

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 秀栄会 所沢第一病院
		住所	埼玉県所沢市下安松1559-1
	診療科目	内科・外科・整形外科・皮膚科・精神科・婦人科・乳腺外来・リハビリテーション科・形成外科	
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
	2	名称	医療法人社団 和栄会 所沢腎クリニック
住所		埼玉県所沢市下安松1564-1	
診療科目	内科・泌尿器科・人工透析		
協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称	医療法人社団 秀栄会 所沢第一病院
		医療機関の住所	埼玉県所沢市下安松1559-1
	2 なし		
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 checked="" type="checkbox"/> その他(本人希望 等)		
判断基準の内容	職員の見守りが必要になった時		
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	
居室賃借権(利用権)の取扱い	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり	(変更内容)

	■ 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	■ あり	□ なし
	要支援の者	■ あり	□ なし
	要介護の者	■ あり	□ なし
留意事項			
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11条	
	解約予告期間	相当の期間	
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12条	
	解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1日 1万円 3食付) <input type="checkbox"/> なし		
入居定員	54名		
その他			

14 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	
生活相談員						
直接処遇職員	12				12	
介護職員	12				12	
看護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員	2	2				
その他職員						
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) 14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	7				7
実務研修の修了者	1				1
初任者研修の修了者	6				6
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。

(夜勤を行う職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 30分～ 9時 00分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	1人	1人
看護職員	人	人

※最小時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(職員の状況)

管理者	管理者の氏名	糸川 和子								
	職名	理事長								
	他の職務との兼務 業務に係る資格等	■ あり				□ なし				
		■ あり				資格等の名称 医師				
		□ なし								
		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	
前年度1年間の採用者数				2						

前年度1年間の退職者数				1						
経験年数	1年未満			2						
	1年以上 3年未満			6						
	3年以上 5年未満			0						
	5年以上 10年未満			5						
	10年以上			1						
従業員の健康診断の実施				<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	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
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	0	人	
	社会福祉施設	0	人	
	医療機関	4	人	
	死亡者	8	人	
	その他	2	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	6	人	(解約事由の例) 長期入院・介護施設

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	所沢ライフステーション華
	電話番号	04-2968-5730
	対応している時間	9時～17時
	定休日	なし
2	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時30分～17時15分
	定休日	土・日・祝日・12/29-1/3
3	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時30分～17時15分
	定休日	土・日・祝日・12/29-1/3
4	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時～16時

	定休日	日・祝日・12/29-1/3
5	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時～11時30分、13時～15時30分
	定休日	土・日・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) 東京海上日動火災保険株式会社 【介護サービス事業者賠償責任保険】 介護事業に関する全ての不動産及び動産、介護業務に関する全ての仕事、介護業務に関する全ての生産物
	<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) 東京海上日動火災保険株式会社 【介護サービス事業者賠償責任保険】 対人対物賠償、管理下財物事故に対する補償、人格侵害事故に対する補償、徘徊による使用障害事故に対する補償、経済的事故に対する補償
	<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 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	食事内容の改善
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input 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 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

18 その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 回	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) 医療法人社団 秀栄会 全体の介護業務会議
			<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	5 なし
	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			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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、 入居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 医療法人社団 秀栄会

所在地 埼玉県所沢市下安松 1559-1

代表者名 理事長 糸川 和子

説明者氏名

私は上記事業者から、 入居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
