

## 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 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) しゃかいふくしそごうけんきゅうじよ 社会福祉総合研究所	
主たる事務所の所在地	〒160-0023 東京都新宿区西新宿7丁目9番地18号 第三雨宮ビル7階	
連絡先	電話番号	03-3367-2910
	FAX番号	03-6908-7841
	ホームページアドレス	<a href="http://www.syasouken.com">http://www.syasouken.com</a>
代表者	氏名	代表取締役
	職名	秋元 孝則
設立年月日	昭和・平成 18年 11月 22日	
主な実施事業	※別添1（別を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) ろいやるれじでんすひがしところざわ ロイヤルレジデンス東所沢	
所在地	〒359-0024 埼玉県所沢市下安松 942-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 武蔵野線「東所沢駅」より徒歩 18 分
	交通手段と所要時間	【バス】 所沢駅東口より (清 66) 又は清瀬駅北口 (清 66) より「下安松」又は「愛宕山」下車 徒歩 2 分
連絡先	電話番号	04-2968-6301
	FAX番号	04-2968-6302
	ホームページアドレス	<a href="http://www.syasouken.com">http://www.syasouken.com</a>
管理者	氏名	曾谷 哲也
	職名	所長
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 26年 5月 1日

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1172504449
	指定した自治体名	埼玉県 (市)
	事業所の指定日	平成 26年 5月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,490.04 m <sup>2</sup>	
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり ( 26年 4月 1日～ 56年 3月 31日) 2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり    2 なし		

建物	延床面積	全体	1,875.22 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1,875.22 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )				
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物				
		1 あり    2 なし 2 あり ( 26年 4月 1日～ 56年 3月 31日) 2 なし				
		1 あり    2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 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	m <sup>2</sup>		
	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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
共用浴室		4ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	ヶ所		

	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェア浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備 等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護等のサービスの提供時には、高齢者の心身の状況を踏まえたサービス提供を行い、ご入居者様のADLの維持・向上に努めるとともに、その生活環境の向上にも努め、ご入居者様の自立支援を援助します。</li> <li>・地域に密着したサービス付き高齢者向け住宅として、地元市区や町内会、他の介護保険事業者、医療機関、その他の関係機関等と密接な連携を取り、地域のニーズにあったサービスを提供します。</li> </ul>
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。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし

健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 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	個別機能訓練加算	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
(II)		1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
(III)		1 あり	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 2 なし			

(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	入退院の付き添い	
	<input type="checkbox"/> 3	通院介助	
	<input type="checkbox"/> 4	その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人 啓仁会 所沢ロイヤル病院
		住所	〒359-1152 埼玉県所沢市北野 3-1-11
		診療科目	内科
		協力内容	緊急時対応 処置等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人 美林会 志木小林歯科	
	住所	〒353-0004 埼玉県志木市本町 3-5-26	

	協力内容	訪問歯科診療、往診
--	------	-----------

(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	入居者の心身の状態の変化等により、居室の変更をした方がより適した介護等が提供できると判断した場合は、次に掲げる手続きを行うことで、入居者の居室の変更ができます。なお、それぞれの手続きは、書面にて行うものとします。		
手続きの内容	①入居者の意思を確認し、同意を得る。 ②入居者の身元引受人、連帯保証人等の意思を確認し、同意を得る。 ③緊急やむを得ない場合を除き、一定の観察期間を設ける。 ④変更後の居室の内容、料金変更、介護等の内容の変更について、入居者及びその身元引受人等に説明をする。 ⑤協力医療機関等の医師の意見を聴取する。		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし		
居室利用権の取扱い	居室利用権は存続し、追加費用等は発生しません。		
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 2 なし
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・費用の支弁能力のある方</li> <li>・連帯保証人及び身元引受人を立てられる方</li> </ul>	
契約の解除の内容	入居契約書第 35 条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・入居申込書に虚偽の事項を記載するなど不正手段により入居したとき。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、1か月以上遅滞したとき。</li> <li>・利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、再三にわたり遅滞したとき。</li> <li>・施設の承諾を得ないで、契約当事者以外の第三者の同居を行ったとき。</li> <li>・建物及びその付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により、汚損・破損または滅失したとき。</li> <li>・管理規程及び入居契約書の規定に違反したとき。</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することが出来ないとき。なお、この場合は、一定の観察期間をおくとともに、医師の意見を聞き、対応することとする。</li> <li>・入居者が医療機関へ入院し、その入院期間が1か月以上を経過し、なおかつ、退院の見込みが立たないとき。</li> </ul>
	90日間
入居者からの解約予告期間	30日間
体験入居の内容	<p>1 あり（内容：一日あたり10,800[税抜価格10,000円、8%消費税額800円]。※最長ご利用期間7日間。食事3食分込み。）</p> <p>2 なし</p>
入居定員	50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（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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	22	10	12	16.8
看護職員	4	2	2	2
機能訓練指導員	1		1	0.9
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1
その他職員				
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			
介護福祉士	5	3	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	13	5	8
介護支援専門員	1	1	

（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			



理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1		1
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 17 時～ 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	2 人	2 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※ 【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)	3 : 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		2 なし					
	資格等の名称									
	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	2		2	4					1	
前年度1年間の退職者数	2		1	4						

応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	1		5	6						
	1年以上 3年未満	1	2	4	4	1			1		
	3年以上 5年未満			1	2			1			
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
	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】	1 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	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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	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 手続き	運営懇談会を開催し、意見を聞き、調整をする。

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	自立	要支援1～2/要介護1～5
	年齢	75歳	85歳
居室の状況	床面積	18.33㎡	18.33㎡
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無

		台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>
入居時点で 必要な費用	前払金		0 円	0 円
	敷金		195,000 円	195,000 円
月額費用の合計			円	円
家賃			65,000 円	65,000 円
サービス費用	介護保険外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用	0 円	要支援・要介護度による
		食費	45,360 円	45,360 円
		管理費	38,000 円	38,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり
<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	当社の借上げ賃料 近隣相場と勘案して算定（非課税）
敷金	家賃の 3ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	建物の保守管理費用、事務部門人件費、共用設備消耗品、厨房委託費
食費	1日 1,512 円×30日計算(税込) 食材費その他食事部門の人件費 欠食の届出に基づき喫食実績分の精算 ・朝食 324 円（税抜価格 300 円、8%消費税 24 円） ・昼食 594 円（税抜価格 550 円、8%消費税 44 円） ・夕食 594 円（税抜価格 550 円、8%消費税 44 円）
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	<< 特定施設入居者生活介護費 >> <span style="float: right;">【1単位10,27円】 地域区分：6級地</span>					
	区分	介護給付費の単位	30日分の目安	自己負担分(1割)	自己負担分(2割)	自己負担分(3割)
	要支援1	180 単位 / 日	55,458 円	5,546 円 / 月	11,092 円 / 月	11,092 円 / 月
	要支援2	309 単位 / 日	95,202 円	9,521 円 / 月	19,041 円 / 月	19,041 円 / 月
	要介護1	534 単位 / 日	164,525 円	16,453 円 / 月	32,905 円 / 月	32,905 円 / 月
	要介護2	599 単位 / 日	184,551 円	18,456 円 / 月	36,911 円 / 月	36,911 円 / 月
	要介護3	668 単位 / 日	205,810 円	20,581 円 / 月	41,162 円 / 月	41,162 円 / 月
	要介護4	732 単位 / 日	225,529 円	22,553 円 / 月	45,106 円 / 月	45,106 円 / 月
	要介護5	800 単位 / 日	246,480 円	24,648 円 / 月	49,296 円 / 月	49,296 円 / 月
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）	なし					
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。						

## 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	37 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	10 人

	85 歳以上	37 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	2 人
	要介護 1	13 人
	要介護 2	13 人
	要介護 3	8 人
	要介護 4	8 人
	要介護 5	2 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	6 人
	1 年以上 5 年未満	37 人
	5 年以上 10 年未満	0 人
	10 年以上 15 年未満	0 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	84.8 歳
入居者数の合計	48 人
入居率※	96%
※ 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	2 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	1 人
	死亡者	8 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	1 人
	(解約事由の例)	特別養護老人ホームへの転居

## 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)

窓口の名称		ロイヤルレジデンス東所沢 所長 曾谷 哲也
電話番号		04-2968-6301
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜	9:00 ~ 18:00
	日曜・祝日	9:00 ~ 18:00
定休日		不定休
窓口の名称		株式会社 社会福祉総合研究所 お客様担当
電話番号		03-3367-2910
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜	9:00 ~ 12:00
	日曜・祝日	定休日
定休日		土・日・祝日及び年末年始

上記以外の利用者からの苦情に対応する公的な窓口等

窓口の名称		① 所沢市保健福祉部高齢者支援課 ② 埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		① 04-2998-9120 ② 048-824-2568
対応している時間	平日	① 8:30 ~ 17:00 ② 8:30 ~ 17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・日・祝日及び年末年始

(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	福祉事業者総合賠償保険に加入 会社名：損害保険ジャパン 保険名：ウォームハート
	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	賠償保険の利用と入居者様、ご家族様へ 誠心誠意対応する。
	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	
		結果の開示	1 あり 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	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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) 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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) 2 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 3 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
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"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
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）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。



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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	① ケアサポート・ロイヤル ② ロイヤルレジデンス川島	① 埼玉県所沢市旭町7-9 ② 埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	① ロイヤルレジデンス川島 ② ロイヤルレジデンス上尾 ③ ロイヤルレジデンス新座	① 埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5 ② 埼玉県上尾市五番町2-1 ③ 埼玉県新座市野火止7-4-55
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	ショートステイロイヤル	埼玉県さいたま市見沼区大字大谷390-1
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	① ロイヤルレジデンス大宮 ② ロイヤルレジデンス川島式号館 ③ ロイヤルレジデンス上尾 ④ ロイヤルレジデンス新座 ⑤ ロイヤルレジデンス見沼 ⑥ ロイヤルレジデンス東所沢 ⑦ ロイヤルレジデンス上平公園 ⑧ ロイヤルレジデンス加須	① 埼玉県さいたま市見沼区蓮沼75-1 ② 埼玉県比企郡川島町伊草37-1 ③ 埼玉県上尾市五番町2-1 ④ 埼玉県新座市野火止7-4-55 ⑤ 埼玉県さいたま市見沼区大谷388-1 ⑥ 埼玉県所沢市下安松942-1 ⑦ 埼玉県上尾市大字上尾村1399-1 ⑧ 埼玉県加須市中央1-7
福祉用具貸与	あり	なし	ロイヤル・ヘルスケア	埼玉県所沢市旭町7-9
特定福祉用具販売	あり	なし	ロイヤル・ヘルスケア	埼玉県所沢市旭町7-9
<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		
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	① ケアサポート・ロイヤル ② ロイヤルレジデンス川島	① 埼玉県所沢市旭町7-9 ② 埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5
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	① ロイヤルレジデンス川島 ② ロイヤルレジデンス上尾 ③ ロイヤルレジデンス新座	① 埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5 ② 埼玉県上尾市五番町2-1 ③ 埼玉県新座市野火止7-4-55
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	① ロイヤルレジデンス大宮 ② ロイヤルレジデンス川島式号館 ③ ロイヤルレジデンス上尾 ④ ロイヤルレジデンス新座 ⑤ ロイヤルレジデンス見沼 ⑥ ロイヤルレジデンス東所沢 ⑦ ロイヤルレジデンス上平公園 ⑧ ロイヤルレジデンス加須	① 埼玉県さいたま市見沼区蓮沼 75-1 ② 埼玉県比企郡川島町伊草 37-1 ③ 埼玉県上尾市五番町2-1 ④ 埼玉県新座市野火止7-4-55 ⑤ 埼玉県さいたま市見沼区大谷 388-1 ⑥ 埼玉県所沢市下安松942-1 ⑦ 埼玉県上尾市大字上尾村 1399-1 ⑧ 埼玉県加須市中央 1-7
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	ロイヤル・ヘルスケア	埼玉県所沢市旭町7-9
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	ロイヤル・ヘルスケア	埼玉県所沢市旭町7-9
<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	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		

別添2 有料老人ホーム・サービスマン・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	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
	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）	なし				
	あり	あり				
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	○	1,080円	特定施設入居者生活介護費で実施するサービスには、食事介助1,080円/30分毎のご負担。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	○	900円	特定施設入居者生活介護費で実施するサービスには、排泄介助・おむつ交換900円/20分毎のご負担。
おむつ代			なし	○	—	各自の実費負担。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	○	2,700円	週2回までの入浴介助（清拭）・特浴介助（機械浴）は、特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の方等の入浴介助2,700円/30分、特浴介助4,320円/回の方等のサービス利用料金となります。
特浴介助	なし	あり	なし	○	4,320円	自立の方等は、1,080円/30分毎のご負担。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	○	1,080円	特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、自立の方等は実費負担。
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	○	3,240円	自立の方等は、1回3,240円のご負担。
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	○	2,700円	週1回は、特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の居室清掃を希望する場合は、1回あたり2,700円の方等のサービス利用料金となります。
リネン交換	なし	あり	なし	○	540円	週1回のリネン交換は特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上のリネン交換を希望する場合は、1回あたり540円の方等のサービス利用料金となります。
日常の洗濯	なし	あり	なし	○	972円	週3回の日常の洗濯は特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の洗濯を希望す

居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○	258円	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ	<del>なし</del>	<del>あり</del>	<del>なし</del>	<del>あり</del>	<del>○</del>	<del>—</del>	<del>○</del>	<del>各自の実費負担</del>	<del>○</del>	<del>各自の実費負担</del>	<del>各自の実費負担</del>
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	2,160円	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	週1回の買い物代行は特定施設入居者生活介護費にて実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の居室清掃を希望する場合は、1回あたり2,160円のサービス利用料となります。
役所手続き代行 金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
健康管理サービス	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○	7,200円	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
入退院時・入院中のサービス	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○	3,240円	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	3,240円	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	—	○	各自の実費負担	○	各自の実費負担	各自の実費負担

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2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、月額サービスの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於いて、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。