

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) ごいんきよながや わらく みさと わせだ ご隠居長屋 和楽久 みさと 早稲田		
所在地※1	(郵便番号 341-0018) 埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5		
連絡先	電話番号	048-951-1966	
	FAX番号	048-953-9287	
	メールアドレス	misato-waseda@takahiro.biz	
	ホームページアドレス	http://www.takahiro.biz	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (武蔵野線 新三郷駅からバスで5分降車後、徒歩3分/または徒歩18分) <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 (新三郷駅より車で6分、首都高三郷JCTより車で10分、常盤道三郷料金SICより3分)		
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 6月	1日から 2039年 5月 31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	2014年 6月	1日から 2039年 5月 31日まで
	契約の自動更新	<input 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	2014年 6月	1日から 2039年 5月 31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) かぶしきがいしゃ たかひろ 株式会社 たかひろ	
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 341-0018) 埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5 電話番号 048-951-1966	
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) かぶしきがいしゃ たかひろ 株式会社 たかひろ	
事務所の所在地	(郵便番号 341-0018) 埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5 電話番号 048-951-1966	

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	20	戸
居住部分の規模	(最小)	25.05	m ²
	(最大)	25.05	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	木造	
	階段	2 階建	
	建築物の延床面積	999.3	m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 736.17 m ²)
竣工の年月	26	年	6月 1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	年 月 日から
--------	---------

6 利用料金

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり
	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 21,600 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 48,600 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 0 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 0 円		
健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 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	65,000 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	15,000 円		
	(最高) 約	15,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約	130,000 円	家賃の 2 月分	
	(最高) 約	130,000 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 checked="" type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式	
	<input 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	賃借契約第5条による
	手続き	協議

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。

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 (法人にあつては 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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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わせだ	食事の提供、入浴、機能訓練	1171201278	<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
ホームヘルプ わせだ	身体介護・生活援助	1171201252	<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
ケアプラン わせだ	介護保険におけるサービスの支援及び相談	1171201245	<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

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

基本方針及び埼玉県高齢者住宅安定確保計画に照らして適切です。

1.1 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	ご入居様が必要としているサービスをご自身で選択して頂き、「安全・安心・快適」な日常生活が送れるように全面的にサポートします。
サービスの提供内容に関する特色	自立支援を念頭においたサービス

(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 ※夜間20時～6時30分は付添できません		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 ※介護保険・オプション料金対応		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関	1	名称	三愛会総合病院
		住所	埼玉県三郷市彦成3丁目7-17
		診療科目	全科
		協力内容	受付・送迎
	2	名称	医療法人 エレソル たにぐちファミリークリニック
		住所	埼玉県三郷市仁蔵523-1
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関	名称	ユアーズ歯科 パークフィールドクリニック	
	住所	埼玉県三郷市下彦成川戸799	
	協力内容	ケア・治療	

(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			
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	建物賃借契約書 第18条及び第19条	
	解約予告期間	即時又は6ヶ月	
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	建物賃借契約書 第19条	
	解約予告期間	1ヶ月又は2ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊2日3食付き 7,500円) <input type="checkbox"/> なし		
入居定員	20名		
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) 8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			
生活相談員						
直接処遇職員						
介護職員			5		2	
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						
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) 8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	4		4		
実務研修の修了者	1				1
初任者研修の修了者	3		2		1
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。					

(夜勤を行う職員の数)

夜勤帯の設定時間 (17時30分～8時30分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	2人	1人
看護職員	0人	0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		阿部 鉄也								
	職名		住宅管理者								
	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 checked="" type="checkbox"/> あり		資格等の名称		介護福祉士				
		<input type="checkbox"/> 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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数				2	1						
前年度1年間の退職者数				1	3						
経験年数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満				1						
	3年以上			2	2						
	5年未満										
	5年以上			1	1						
	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							

1.3 入居者の状況【平成30年7月1日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	7人
	女性	15人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	2人
	要介護1	2人
	要介護2	2人
	要介護3	5人
	要介護4	7人
	要介護5	3人

入居期間	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	17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	88 歳
入居者数の合計	22 人
入居率※	95 %

※ 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	1 人	
	医療機関	1 人	
	死亡者	3 人	
	その他	0 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)

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	ご隠居長屋 和楽久 みさと 早稲田
	電話番号	048-951-1966
	対応している時間	8時30分～17時30分
	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	土曜、日曜日、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	土曜、日曜日、祝日、12/29～1/3
4	窓口の名称	埼玉県消費者生活支援センター
	電話番号	048-261-0999
	対応している時間	9時～16時
	定休日	土曜、日曜日、祝日、12/29～1/3
5	窓口の名称	三郷市役所 消費者生活相談
	電話番号	048-930-7725
	対応している時間	8時30分～17時15分
	定休日	土曜、日曜日、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 超ビジネス保険 (事業活動包括保険)
	<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) 事業所職員の支援等に起因する人身および物損事故が発生した場合に対応
	<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	サービスや食事に関する内容
		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		

1 5 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 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

1 6 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
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 (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

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	25.05	○	○	○	○	○	○	20	1階:居室1~6 2階:1~14	65,000

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
食堂	1	32.5	1階1ヶ所	20	
トイレ	1	3.31	1階1ヶ所	20	各室にトイレあり

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	

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 checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <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 checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 4人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 4人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人
			合 計	人員 8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	8 時 30分 ~ 17 時 30分	人員 2人	
	上記以外の時間	17 時 30分 ~ 8 時 30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	2時間毎の安否確認。食事や外出時等の機会に確認。		毎日 3 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 00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	各居室(居室・トイレ・浴室)に設置するナースコールにて通報		
	通報先	1階に併設する介護事業所事務所	通報先から住宅までの到着予定時間 1分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 21,600 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	自立支援を念頭においたサービス			

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 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 checked="" type="checkbox"/> 3食 <input 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 48,600 円	内訳	朝食 378 円	昼食 648 円 夕食 594 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	別途希望者:おやつ代 月額 約3,240円 (108円/日)				

※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 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"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" 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	0 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	介護保険サービスは1階の通所介護及び訪問介護事業所に対応しております。介護保険サービスを利用しない場合は756円/15分に対応しております。				

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 checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" 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	0 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	介護保険サービスは1階の訪問介護事業所に対応しております。介護サービスを利用していない場合は540円/15分に対応しております。				

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 checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" 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	日常的な健康相談費用は状況把握・生活相談サービスに含みます。但し、健康診断に要する実費は利用負担となります。通院等の付き添いサービスで介護保険適応の場合は介護報酬の自己負担。介護保険サービスを利用しない場合は756円/15分		

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	フロント対応業務、ナースコールの対応	
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	フロント対応、ナースコール対応の費用は状況把握、生活相談サービス費に含みます。		

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

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	
		包含 ※1	都度 ※2
介護サービス			料金(税込)
食事介助	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
排泄介助・おむつ交換	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
おむつ代	□ あり □ なし	■ あり □ なし	162円/枚
入浴(一般浴)介護・清拭	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分
特浴介助	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分
身辺介助(移動・着替え等)	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分
機能訓練	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分
通院介助	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分
生活サービス			
居室清掃	□ あり □ なし	■ あり □ なし	540円/15分
リネン交換	□ あり □ なし	■ あり □ なし	324円/回
日常の洗濯	□ あり □ なし	■ あり □ なし	540円/回
居室配膳・下膳	□ あり □ なし	■ あり □ なし	216円/円
嗜好に応じた特別食	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
おやつ	□ あり □ なし	■ あり □ なし	108円/回
理美容サービス	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
買物代行	□ あり □ なし	■ あり □ なし	540円/15分
役所手続き代行	□ あり □ なし	■ あり □ なし	540円/15分
金銭・貯金管理	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
健康管理サービス			
定期健康診断	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
健康相談	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
生活指導・栄養指導	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
服薬支援	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	□ あり □ なし	■ あり □ なし	
入退院時・入院中のサービス			
移送サービス	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分
入退院時の同行	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分
入院中の洗濯物交換・買い物	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分
入院中の見舞い訪問	□ あり □ なし	■ あり □ なし	756円/15分

※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。

1 ネット
手配のみ。(料金はご利用者様負担)

別添6

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	1	ホームヘルプ わせだ	埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5
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	1	デイサービスセンターわせだ	埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5
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			
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	1	ホームヘルプ わせだ	埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5
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	1	デイサービスセンターわせだ	埼玉県三郷市早稲田五丁目20番地5
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			

生活支援サービス料金表(基本サービス)

		サービス内容	金額(税別)
状況把握		1 各種生活相談と助言	20,000/月
		2 安否確認	
		3 24時間緊急時の援助(救急車の手配まで)	
その他基本サービス		4 建物内巡回、室温管理	
		5 新聞・郵便物をお部屋に届ける	
		6 宅配物をお部屋に届ける	
		7 宅急便のご発送(梱包・送料は利用者負担)	
		8 体調不良時のお部屋への食事の配下膳	
		9 訪問理美容の手配(理髪代は利用者負担)	
		10 三郷市指定個別健康診断送迎介助(健診代別途負担)	
		11 介護保険証、健康保険証の管理(必要な場合)	
		12 医療機関の手配と相談	
		13 外出を伴わない行政機関の紹介と手続き援助	
		14 タクシー・クリーニング等の手配取次ぎ	
		15 年間イベント行事	
		16 趣味・クラブ活動の企画	

生活支援サービス料金表(オプションサービス) 2018.5現在

		サービス内容	金額(税別)	
オプションサービス	身体介護	測定 1 血圧等の測定、記録	5,000円/月	
		2 服薬支援(医師の指示があるもの)	5,000円/月	
		食事 3 食事介助	350円/回 30,000円/月	
		外出(日帰り)※1	4 理美容院への付添	700円/15分
			5 墓参りの付添	
			6 冠婚葬祭の付添	
			7 デパート等への付添	
			8 コンサート、映画、温泉、散歩(徒歩)の付添	
			9 外食の付添	
		宿泊 10 旅行の付添 ※1	15,000円/日	
	排泄保清	11 排泄支援(おむつ交換・トイレ介助・失敗時の洗濯含む)	500円/回 50,000円/月	
		12 排泄支援ライト(常時おむつ交換はなく、トイレでの一部介助)	30,000円/月	
		13 排泄介助小(日に頻回なナースコールがある)	15,000円/月	
		14 排泄支援ミニ(ナースコールでの対応時のみ)	10,000円/月	
		15 トイレ誘導	5,000円/月	
		16 排泄・食事・口腔ケア介助	50,000円/月	
		17 入浴介助	700円/15分	
		18 年末年始の入浴介助	1,000円/回	
		19 モーニング・イブニング介助(どちらかで更衣介助のみ)	5,000円/月	
		20 モーニング・イブニング介助(更衣、洗面、トイレ介助)		
	他	21 夜間帯以外の緊急時の病院の付添(救急車同行)	700円/15分	
		22 通院時の待ち時間・院内介助		
生活援助	家事的サービス	23 ご希望による食事配膳	200円/1回	
		24 神棚・仏壇の掃除	500円/15分	
		25 換気扇の掃除		
		26 エアコンのフィルター清掃		
		27 部屋の模様替え		
		28 窓拭き		
		29 買物代行 ※1		
		30 掃除		
		31 自室での洗濯(洗濯・干し・たたみ迄)		
		32 定期的なゴミだし		3,000円/月
	33 冷蔵庫の定期的な管理	3,000円/月		
	34 シーツ交換	300円/回		
	35 横シーツ交換	100円/回		
	36 布団干し&取込み	500円/回		
	37 ポータブルトイレの定期的な洗浄	5,000円/月		
	その他	38 お化粧サービス(要予約)	500円/回	
		39 ご家族へのビデオレターサービス	1,500円/回	
		40 お花サービス(要予約)	1,500円/回	
41 インターネットショッピングや通販の注文手続き		500円/回		
42 寝具(シーツ・枕カバー)・衣類の洗濯(お預かりし共同の洗濯場にて洗濯)		500円/円(1ネット)		
43 来訪者への食事提供(要予約)		朝350円 昼600円 夕550円		
44 来訪者への寝具の貸出し		1,000円/回		
45 タオルの貸出し(バスタオル・フェイスタオルのセット)		300円/回		
46 お小遣いの管理	3,000円/月			
47 補聴器預かり	5,000円/月			
	48 リネン貸し出し	1,500円/月		

	49 おしぼり提供	900円/月
	50 持ち込みによるおむつの処分費	50円/枚
	51 持ち込みによるパットの処分費	30円/枚
	52 持ち込みによるナプキンの処分費	10円/枚
	53 イベント参加費	事前通知
食事サービス	朝食350円 昼食600円 夕食550円 おやつ100円	
	食事形態については、ご相談ください。別途料金を頂く場合がございます。	
<p>オプションサービスとは、介護保険を適用しないサービスです。</p> <p>→介護保険が適用するサービスですが、ご希望の時間帯や介護保険サービス利用状況によりご提案致します。</p> <p>上記項目以外のサービスをご希望の方は別途ご相談ください。</p> <p>利用者様の心身の状態により、提供できないサービスがあります。</p> <p>オプションにつきましては、2日前までにご相談ください。場合により、お受けできないサービスがあります。</p> <p>オプションのキャンセルにつきましては、前日の17:00までにお願致します。それ以降になりますと、予約金額の50%をいただきます。</p> <p>夜22:00～朝5:00までは、25%割増とさせていただきます。 ※排泄支援(おむつ交換・トイレ介助等)の深夜割増はありません。</p> <p>食事については、3日前までにキャンセルをお願いします。それ以降になりますと、全額ご負担いただきます。</p> <p>支援に関わるおむつ等の消耗品は、別途ご負担となります。</p> <p>※1 支援にかかる交通費・宿泊・飲食代等は、自己負担となります。</p>		

2018.5現在

各種日常生活用品等出庫価格表

(税抜き)

1	歯ブラシ 1本	¥150
2	歯磨き粉 1ヶ	¥220
3	トロミアップ 500g	¥2,300
5	パット 夜用 1梱包	¥1,500
6	リハバン S 1梱包	¥3,600
7	リハバン M 1梱包	¥3,300
8	リハバン L 1梱包	¥3,000
10	オムツ M 1梱包	¥3,000
11	オムツ L 1梱包	¥2,550
12	紙パン用パット 1梱包	¥1,900
13	安心パッド 54枚	¥2,850
14	トイレトーパー12ロール	¥350
15	ティッシュ 5箱	¥350
16	お尻拭き 1ヶ	¥400
17	45Lゴミ袋(10枚)	¥150
18	食食用エプロン 1枚	¥1,280
19	電池 単1 1本	¥180
20	電池 単2 1本	¥160
21	電池 単3・単4 1本	¥70
22	ペーパータオル(200枚)	¥120
23	マスク 1箱(50枚)	¥400
24	ハンドスキッシュ800ml(手指消毒)	¥980
25	ディスポ手袋(100枚)	¥500
26	切手 ※実費	
27	トイレクリーナー	¥150