

特定施設入居者生活介護
介護予防特定施設入居者生活介護

重要事項説明書



ューマンサポート東松山

株式会社 日本ヒューマンサポート

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2021(令和3)年7月1日
記入者名	谷口 良江
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃにほんひゅーまんサポート 株式会社日本ヒューマンサポート	
主たる事務所の所在地	〒344-0066 埼玉県春日部市備後西5丁目1-44	
連絡先	電話番号	048-731-0500
	FAX番号	048-731-0501
	ホームページアドレス	http://n-h-s.jp
代表者	氏名	久野 義博
	職名	代表取締役

設立年月日	昭和・平成・令和59年 2月15日
主な実施事業	※別添1（別の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) ひゅーまんさぽーとひがしまつやま ヒューマンサポート 東 松 山	
所在地	〒355-0036 埼玉県東松山市下野本1466-1	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 『東松山』駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・川越観光バスで乗車20分、柏崎停留所 で下車、徒歩1分（80m） ②自動車利用の場合 ・乗車10分
連絡先	電話番号	0493-27-8500
	FAX番号	0493-27-8501
	ホームページアドレス	http://n-h-s.jp/higashimatuyama
管理者	氏名	谷口 良江
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成・令和27年 7月31日

有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成・令和 27年 9月 1日
---------------	--------------------

(類型) 【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 住宅型 <input type="checkbox"/> 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	第 1 1 7 3 3 0 1 2 1 7 号
	指定した自治体名	埼玉県（市）
	事業所の指定日	平成・令和 27年 9月 1日
	指定の更新日（直近）	平成・令和 3年 9月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2 0 3 7 . 0 0 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> あり (2015年8月1日～2045年7月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	2 7 3 1 . 3 2 m ²
		うち、老人ホーム部分	2 7 3 1 . 3 2 m ²
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		構造	<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造

		2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物			
		2 事業者が賃借する建物 (普通賃借・定期賃借)			
		抵当権の設定	1 あり 2 なし		
		契約期間	1 あり (2015年8月1日～2045年7月31日) 2 なし		
		契約の自動更新	1 あり 2 なし		
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室 (縁故者居室を含む)			
		2 相部屋あり			
		最少	1 人部屋		
	最大	1 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数
タイプ1	有/無	有/無	18.6㎡	75	1
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴	2ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他 ()	0ヶ所	
食堂	1 あり 2 なし				
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし				
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応)				

		3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし
	その他（ ）	1 あり 2 一部あり 3 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	ヒューマンサポート東松山は、すべてのご利用者様が快適で住みよい生活が実現できるように努力し、最高の介護サービスを提供させていただくことが、大切な使命であると心得ています
サービスの提供内容に関する特色	医療連携の強化により胃ろう・ストマ・バルーン・インスリン投与・CPAP・NIPPV 療法・ペースメーカー装着者でも安心して入居ができる看護師体制で利用者をサポートすることで複合ヘルスケアの実現を図る
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 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	入居継続支援加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	個別機能訓練加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	ADL維持等加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算			1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算			1	あり	2	なし
	医療機関連携加算			1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算			1	あり	2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1	あり	2	なし
	科学的介護推進体制加算			1	あり	2	なし
	障害者等支援加算			1	あり	2	なし
	L I F E への登録			1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算			1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
	サービス提供体制強化加算	(I)	1	あり	2	なし	
		(II)	1	あり	2	なし	
(III)		1	あり	2	なし		
介護職員処遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし		
	(II)	1	あり	2	なし		
	(III)	1	あり	2	なし		
	(IV)	1	あり	2	なし		

		(V)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員特定処遇改善加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定		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) 2.27 : 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	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人埼玉成恵会病院
		住所	埼玉県東松山市大字石橋 1721 番地
		診療科目	整形外科、外科、内科、脳神経外科、形成外科他
		協力科目	整形外科、外科、内科、脳神経外科他
		協力内容	入居者の健康管理・相談・治療に協力と共に、診断の結果、入院加療が必要とされる場合、入居者の同意のもとに、連携病院として入院を支援します。また、入居者に係わる医療情報の提供、並びに本人の同意のもとに受診に協力します。(内科)
	2	名称	埼玉中央クリニック
		住所	埼玉県桶川市神明 1-4-13
		診療科目	内科、皮膚科
		協力科目	内科、皮膚科
		協力内容	訪問診療、健康相談、健康診断
	3	名称	東松山在宅診療所
		住所	埼玉県東松山市神明町 2-16-15
		診療科目	内科、外科、整形外科、精神科、ターミナルケア
		協力科目	内科、外科、整形外科、精神科、ターミナルケア
		協力内容	訪問診療、健康相談、健康診断

協力歯科医療機関	名称	くるみ歯科医院
	住所	埼玉県東松山市箭弓町 3-5-11
	協力内容	歯科診療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えは行っていない

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		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	概ね65歳以上の要支援から要介護5の介護認定を受けている方 または、40歳以上の2号被保険者で特定疾病の認定を受けている方	
契約の解除の内容	入居契約書第31条(事業者からの契約解除)・第32条(入居者からの解約)・第33条(契約の解除)に記載する	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第31条
	解約予告期間	30日の予告期間をおく

入居者からの解約予告期間	入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。
体験入居の内容	1 あり（内容：12,000円／日(1週間以内)税込(食事代含む)） 2 なし
入居定員	75人
その他	

5. 職員体制

(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	37	27	10	33.8
介護職員	33	24	9	29.9
看護職員	4	3	1	3.9
機能訓練指導員	1	—	1	0.1
計画作成担当者	1	1	—	1
栄養士（委託）	—	—	—	—
調理員（委託）	5	2	3	—
事務員	2	2	—	2
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	8	6	2
実務者研修の修了者	4	4	—
初任者研修の修了者	17	10	7
介護支援専門員	—	—	—

(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	1	—	1
柔道整復士	—	—	—
あん摩マッサージ指圧師	—	—	—
はり師	—	—	—
きゅう師	—	—	—

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～10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	3人	3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)	2.27 : 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								
			資格等の名称	社会福祉主事							
		2 なし									
		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		1	—	7	2	—	—	—	—	—	—
前年度1年間の退職者数		2	—	5	2	—	—	—	—	—	—
業務に従事し を 手 数 に 関 与 し た 職 員 数	1年未満	—	—	3	4	—	—	—	—	—	—
	1年以上 3年未満	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—
	3年以上	—	—	7	2	—	—	—	—	—	—

	5年未満										
	5年以上 10年未満	2	—	6	1	—	—	—	—	1	—
	10年以上	1	1	4	1	1	—	—	1	—	—
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	入居契約書第29条第1項 事業者は、第26条（月額の利用料）及び第27条（食費）の費用並びに入居者が事業者を支払うべき第28条の費用の額を改定することがあります。
	手続き	入居契約書第29条第2項及び第3項 事業者は、前項の費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、第8条に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで行うものとします。 本条第1項の改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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	要介護2		
	年齢	85歳	歳	
居室の状況	床面積	18.60㎡	㎡	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金（保証金）	153,300円	円	
月額費用の合計		170,020円	円	
家賃		64,500円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	51,840円	円
		管理費	44,880円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	8,800円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※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）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	入居者が居住する居室及び入居者が利用する共用施設等の家賃相当費用
敷金	月額利用料の1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	基本管理料：管理部門・事務費 施設管理料：共用施設等の維持管理費、備品・消耗品費 個室内定期点検・生活支援：生活支援サービス提供の為の人員費、物品費

	上記に関わる人件費、消耗品費、諸経費に使用
食費	外部委託。1人1日3食1ヶ月分の食材費
光熱水費	
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)

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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分。
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。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	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（初期償却額）	円
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（名称： ）

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	22人
----	----	-----

	女性	52人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	18人
	85歳以上	52人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	2人
	要介護1	21人
	要介護2	25人
	要介護3	9人
	要介護4	8人
	要介護5	4人
入居期間別	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	85.79歳
入居者数の合計	72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) 2020(令和2)年7月1日～2021(令和3)年6月30日

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	3人

	死亡者	11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) 社会福祉施設等への転居

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)

① 窓口の名称		ヒューマンサポート東松山 苦情担当係 施設長・生活相談員
電話番号		0493-27-8500
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		事業所の指定日による
② 窓口の名称		埼玉県東松山市役所 健康福祉部 高齢介護課
電話番号		0493-21-1406
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜日・日曜日・祝祭日・12月29日~1月3日
③ 窓口の名称		埼玉県庁 福祉部高齢介護課
電話番号		048-824-2111
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土曜日・日曜日・祝祭日・12月29日~1月3日
④ 窓口の名称		埼玉国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568

対応している時間	平日	9:30~12:00 13:00~16:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土曜日・日曜日・祝祭日・12月29日~1月3日	

(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"/> 1 あり	(その内容) 損害賠償責任保険加入
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) サービスの提供にあたって、万一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、天災等の不可抗力による場合を除き速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。但し、入居者側に重大な過失がある場合には損害額を減ずる事があります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	令和2年10月1日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付
	3 公開していない

管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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（別を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 令和 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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	エ	併設・隣接	ヒューマンサポート幸手	幸手市北1-13-20
訪問入浴介護	あり	エ	併設・隣接		
訪問看護	あり	エ	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	エ	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	エ	併設・隣接		
通所介護	あり	エ	併設・隣接	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート深谷 ヒューマンサポート上里 ヒューマンサポート草加 ヒューマンサポート白岡東 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート川口赤井 ヒューマンサポート宮原	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-4 深谷市稲荷町1-10-28 児玉郡上里町七本木 草加市原町2-4-3 白岡市白岡東12-4 さいたま市岩槻区上野6-3-10 川口市赤井590-1 さいたま市北区吉野町1-353
通所リハビリテーション	あり	エ	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	エ	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	エ	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	エ	併設・隣接	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート春日部中央 ヒューマンサポート白岡 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート幸手南 ヒューマンサポート鴻巣 ヒューマンサポート桶川 ヒューマンサポート北本	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-4 春日部市豊町1-4-5 白岡市白岡1066-1 さいたま市岩槻区上野6-3-10 幸手市幸手5353-1 鴻巣市滝馬室1378-1 桶川市坂田1558-13 北本氏山中1-165-1
福祉用具貸与	あり	エ	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	エ	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	エ	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	エ	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	エ	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	エ	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	エ	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	エ	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	エ	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	エ	併設・隣接		

看護小規模多機能型居宅介護	あり	エ	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	エ	併設・隣接	ヒューマンサポート春日部	春日部市備後西5-1-4
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	エ	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	エ	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	エ	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	エ	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	エ	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	エ	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	エ	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	エ	併設・隣接	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート春日部中央 ヒューマンサポート白岡 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート幸手南 ヒューマンサポート鴻巣 ヒューマンサポート桶川 ヒューマンサポート北本	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-4 春日部市豊町1-4-5 白岡市白岡1066-1 さいたま市岩槻区上野6-3-10 幸手市幸手5353-1 鴻巣市滝馬室1378-1 桶川市坂田1558-13 北本氏山中1-165-1
介護予防福祉用具貸与	あり	エ	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	エ	併設・隣接		
＜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	あり	エ	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	エ	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	エ	併設・隣接		
介護予防支援	あり	エ	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	エ	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	エ	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	エ	併設・隣接		
介護型医療院	あり	エ	併設・隣接		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	エ	併設・隣接	ヒューマンサポート幸手	幸手市北1-13-20
通所型サービス	あり	エ	併設・隣接	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート深谷 ヒューマンサポート上里 ヒューマンサポート草加 ヒューマンサポート白岡東 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート川口赤井 ヒューマンサポート宮原	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-4 深谷市稲荷町1-10-28 児玉郡上里町七本木 草加市原町2-4-3 白岡市白岡東12-4 さいたま市岩槻区上野6-3-10 川口市赤井590-1 さいたま市北区吉野町1-353

その他の生活支援サービス	あり	エ	併設・隣接		
--------------	----	---	-------	--	--

別添 2

有料老人ホーム・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						なし	あり
	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 ）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備考	
	なし	あり	なし	あり	包含※ ²		
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			
おむつ代			なし	あり	○		自己負担 おむつ代には医療廃棄物として廃棄料がかかります。商品（尿量）により廃棄料が異なります。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1,500 円/回	週2回を超えて清拭または入浴を希望する場合（1回30分）
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	1,500 円/回	週2回を超えて清拭または入浴を希望する場合（1回30分）
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			
機能訓練	なし	あり	なし	あり			生活リハビリを必要に応じて実施
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	500 円/ 10 分	協力医療機関以外への通院介助を希望する場合（交通費別途）
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	1,500 円/ 回	週1回実施を超えて、個別の要望による実施の場合
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	500 円/ 回	週2回以上の実施の場合

日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		3,000円/月	外部委託
居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		100円/日	
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			予約制。内容により料金が異なります
買い物代行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		700円/1回	月2回実施。 実施日以外に代行を希望する場合（近隣）
役所手続き代行	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		500円/10分	
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		3,300円/月	貯金管理は行っていません
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			年2回の機会提供
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			協力医療機関への移送サービス
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		500円/10分	協力医療機関以外への同行を希望する場合（交通費別途）

入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	500 円 /10 分	入居者の希望する病院へ入院し、訪問を希望した場合（交通費別途）
入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○	500 円 /10 分	入居者の希望する病院へ入院し、訪問を希望した場合（交通費別途）

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、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。

その他有料サービス	料 金	備 考
レクリエーション費	1,650 円/月	
喫茶費	1,650 円/月	
電気代	1,650 円/月	居室コンセント 3 口まで
口座自動引き落とし手数料	550 円	