

## 重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	江澤 忠昭
所属・職名	(株)やまねメディカル 事業管理G. 担当部長

※ 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) かぶしきがいしゃやまねめでいかる 株式会社やまねメディカル	
主たる事務所の所在地	〒104-0028 東京都中央区八重洲二丁目7番16号	
連絡先	電話番号	03-5201-3995
	FAX番号	03-5201-3996
	ホームページアドレス	http://www.ymmd.co.jp/
代表者	氏名	山根 洋一
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成・令和 14年6月17日	
主な実施事業	※別添1（別に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) なごやかれじでんすにいざちゅうおう なごやかレジデンス新座中央	
所在地	〒352-0011 埼玉県新座市野火止1丁目14番22号	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 志木駅

	交通手段と所要時間	志木駅下車後、バスで10分『新座市役所』バス 停下車後、徒歩1分(3800m)
連絡先	電話番号	048-480-5662
	FAX番号	048-480-5664
	ホームページアドレス	http://www.ymmd.co.jp
管理者	氏名	逸見 美恵子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 26年6月30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 26年9月 1日

**【類型】【表示事項】**

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

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1,087.76 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(普通賃借・定期賃借)	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2014年7月15日～2041年7月14日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1,174.48 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	922.93 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
3 その他( )			
構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (2014年7月15日～2041年7月14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	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	18.60 m <sup>2</sup>	2 6	一般居室個室
	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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2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	0ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他 ( )			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） <input checked="" type="checkbox"/> 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	便所	浴室	その他（食堂・リビング）
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	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	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	併施設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。			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	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	2 委託	3 なし	
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし	
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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

		(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
LIFE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 2 なし
介護職員特定処遇改善加算		(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 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 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	
	2 なし		

**(医療連携の内容)**

医療支援	1 救急車の手配
※複数選択可	2 入退院の付き添い
	3 通院介助

		4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
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) ※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		
手続きの内容		
追加的費用の有無	1 あり	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	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
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	<p>入居者の資格は次の①または②に該当する者である。</p> <p>①単身高齢者世帯</p> <p>②高齢者十同居者(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もの)</p> <p>(「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)</p>				
契約の解除の内容	<p>入居契約書記載の以下の内容</p> <p>第13条 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第4条第1項に規定する賃料支払義務</p> <p>二 第5条第2項に規定する共益費支払義務</p> <p>三 第8条第3項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払義務</p> <p>四 前条第1項後段に規定する乙の費用負担義務</p> <p>2 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務</p> <p>二 第11条各項に規定する義務(同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為に係るものを除く。)</p> <p>三 その他本契約書に規定する乙の義務</p> <p>3 甲は、乙が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>4 甲又は乙の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第10条第1項各号の確約に反する事実が判明した場合</p> <p>二 契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>5 甲は、乙が別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>6 甲は、乙の病院への入院や心身の状況の変化により住戸の変更や本契約を解約する場合は、乙の合意を必要とするものとする。</p> <p>7 乙の行為が他の入居者等の生命・身体に危害を及ぼす恐れがあり、本契約を継続することが社会通念上著しく困難な場合、本契約を解除できるものとする。ただし、この場合、甲は、次の手続きを行うものとする。</p> <p>一 一定の観察期間をおくこと</p> <p>二 主治医等の意見を聴くこと</p>				

	三 契約解除の通告について、1か月の予告期間をおくこと 四 前号の通告に先立ち、入居者本人の意思を確認すること 第26条 住戸（ベランダを含む）及び共用部分での喫煙（電子タバコを含む）を禁止とする。乙及びその関係者がこれに違反した場合には、甲は乙に対し、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	なし
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	1 あり（内容：空室がある場合1泊朝・夕食付3,064円（税込）） 2 なし	
入居定員		26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			
	9	常勤	非常勤	
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週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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数)**

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

**(資格を有している機能訓練指導員の数)**

	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			
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・介護職員の数)**

夜勤帯の設定時間 ( 時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	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)	: 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									
		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											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	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	<input type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	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。 <input type="checkbox"/> 入居契約書 第4条第3項、第5条第4項、第8条第5項 <input type="checkbox"/> 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。

**(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	介護度による区別なし	介護度による区別なし
	年齢	年齢による区別なし	年齢による区別なし
居室の状況	床面積	18.60 m <sup>2</sup>	18.60 m <sup>2</sup>
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必 要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	94,000 円	104,000 円
月額費用の合計		121,060 円	126,060 円
家賃		47,000 円	52,000 円
共益費		10,000 円	10,000 円
光熱水費		実費	実費
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		— 円
	介護 保険 外 <sup>※2</sup>	基本サービス料金 (状況把握・生活相談)	18,700 円
		食費	45,360 円
		オプションサービス料金 (生活支援)	実費

※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	建物賃貸料、近隣相場を勘案して算定
敷金	家賃の 2.0 ヶ月分
共益費	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
基本サービス料金	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 216円、昼食 648円、夕食 648円)
光熱水費	電気代(実費)のみ
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 生活支援サービスに係る人件費、事務管理費等により算定
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※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	11人
	女性	14人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	7人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	7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	17人
	要介護2	4人
	要介護3	1人
	要介護4	2人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	9人
	5年以上10年未満	6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	80.0歳
入居者数の合計	25人
入居率*	96.2%
※ 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	1人
	社会福祉施設	6人
	医療機関	1人
	死亡者	1人

	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出  (解約事由の例)	0人
		7人
	入居者側の申し出  (解約事由の例) 常時介護の必要や認知度の進行による転居の為 他	

## 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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		事務室
電話番号		048-480-5662
対応している時間	平日・土曜・ 祝日	9時00分～17時00分
定休日		日曜日

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	平日	8時30分～17時15分
定休日		土曜・日曜・祝日・12/29～1/3

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	平日	8時30分～17時15分
定休日		土曜・日曜・祝日・12/29～1/3

窓口の名称		埼玉県消費者生活支援センター川越
電話番号		049-247-0888
対応している時間	平日	9時00分～16時00分
定休日		土曜・日曜・祝日・12/29～1/3

窓口の名称		新座市消費生活センター
電話番号		048-424-9162
対応している時間	平日	10時00分～16時00分
定休日		土曜・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"/> 1 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]
	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) 事故対応マニュアルに基づき、 速やかに対応します。
	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 2 入居希望者に交付 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 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> 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 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 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 type="checkbox"/> 1 あり <input 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 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 4. サービスの内容 (医療連携の内容)	
不適合事項がある場合の内容	協力医療機関を定めているが、協力内容に病状の急変等、緊急時の対応は含まれていない。	

添付書類：別添 1 (別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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	別紙	別紙
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	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	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	別紙	別紙
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護型医療院	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	別紙	別紙
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別紙

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス岩槻	埼玉県さいたま市岩槻区加倉 4-26-29
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス東浦和	埼玉県さいたま市緑区東浦和 4-26-9
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス春日部	埼玉県春日部市中央 5-7-2
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス北本	埼玉県北本市西高尾 3丁目 83-1
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス川越仙波	埼玉県川越市仙波町 3-12-5
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス東所沢	埼玉県所沢市大字下安松 200番の1
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス東大宮	埼玉県さいたま市見沼区島町 301
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス上尾ニツ宮	埼玉県上尾市ニツ宮 937番 4
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス新座中央	埼玉県新座市野火止一丁目 14番 22号
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス川口根岸	埼玉県川口市安行領根岸 1002-1
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス戸田公園	埼玉県戸田市喜沢二丁目25-1
通所介護 第1号通所事業	かがやきデイサービス大宮日進	埼玉県さいたま市北区日進町 2丁目 1851番地 1
居宅介護支援	なごやかケアプラン東浦和	埼玉県さいたま市緑区東浦和 4-26-9

## 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）			都度※2	料金※3	備考
			包含※2					
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	880円	30分(税込)
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	880円	30分(税込)
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	880円	30分(税込)
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	660円	30分(税込)
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	660円	30分(税込)
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	220円	1回(税込)
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	660円	30分(税込)日用品につき、指定日に購入。交通費別。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			基本サービス料金に含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※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。