

## 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) えくらしあおけがわ エクラシア桶川		
所在地※1	(郵便番号363-0018) 埼玉県桶川市坂田西3-1-2		
連絡先	電話番号	050-6861-5212	
	FAX番号	048-782-6173	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	<a href="http://www.welloff.co.jp">http://www.welloff.co.jp</a>	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( JR高崎線 桶川 駅から バス で 15分 ) <input type="checkbox"/> 2. その他 ( )		
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	2018年 4月	1日から 2048年 3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	2018年 4月	1日から 2048年 3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	
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	2018年 4月	1日から 2048年 3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) かぶしきかいしゃうえるおふ 株式会社ウェルオフ	
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 336-0024 ) 埼玉県さいたま市南区根岸1-3-9ツネビル1F 電話番号 050-6861-5201	
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) かぶしきかいしゃうえるおふ 株式会社ウェルオフ	
事務所の所在地	(郵便番号 336-0024 ) 埼玉県さいたま市南区根岸1-3-9ツネビル1F 電話番号 050-6861-5201	

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	37	戸
居住部分の規模	(最小)	18.60	m <sup>2</sup>
	(最大)	19.22	m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	詳細については、別添3のとおり
	構造	鉄骨造	
	階段	地上2階建	
	耐火建築物	<input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
建築物の延床面積	1306.92 m <sup>2</sup>	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分	1140.38 m <sup>2</sup> )
竣工の年月	2018	年	3月31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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input checked="" 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「状況把握・生活相談一体型賃貸借契約書」「生活支援サービス契約書」のとおり
事業開始時期	2018 年 5月 1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)	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 0 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 50,100 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 checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 3,300 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 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 60,000 円 (最高) 約 60,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
共益費の概算額	(最低) 約 33,000 円 (最高) 約 33,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 120,000 円 (最高) 約 129,000 円	専有居室家賃の 3月分	
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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ( ) <input 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		
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	建物質借料、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により算定
敷金	家賃の3ヶ月分
高齢者生活支援サービス	人件費より算定
食費	原価により算定
その他	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金算定の根拠)

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	要介護度に応じて、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担いただきます。
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。

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。

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 <small>(該当する方式全て選択)</small>	<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 checked="" type="checkbox"/> 減額なし	
	<input 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	入居契約書第4条に基づく。
	手続き	事前に書面又は口頭にて説明・協議の上、料金を改定する。

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
デイサービスセンターエクラシア 桶川	通所介護		<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
			<input 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
			<input 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

※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	
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

当社の事業は、基本方針及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に照らして適切に行うことを誓約します。

# 1 1 サービスの内容

## (全体の方針)

運営に関する方針	地域に開かれた施設運営を行います。
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。

## (介護サービスの内容) ※介護度及び負担割合別の自己負担額一覧表は別添7の通り

介護保険サービス 基本利用料	介護度	単位数/日	単位数/月 30日の場合
	要介護1	538単位	16,140単位
	要介護2	604単位	18,120単位
	要介護3	674単位	20,220単位
	要介護4	738単位	22,140単位
	要介護5	807単位	24,210単位

  

特定施設入居者生活 介護の加算の対象と なるサービス体制の 有無	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし 10単位/日	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし 80単位/月	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし 30単位/月	
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし 30単位/日	
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(III)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(IV)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(III)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
(IV)		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
(V)		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護職員等特定処遇改善 加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
短期利用(介護予防)特定施設入居 者生活介護の算定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

  

人員配置が手厚い介 護サービスの実施の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1
	<input type="checkbox"/> なし

## (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	あおぞらクリニック川越
		住所	埼玉県川越市南通町19-2 レジデンスからもも307号室
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	フラワー歯科医院	
	住所	埼玉県鴻巣市本町5-1-5	
	協力内容	訪問歯科	

(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 type="checkbox"/> その他 ( )
判断基準の内容	
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 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 type="checkbox"/> なし
居室賃借権 (利用権) の取扱い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更 <input type="checkbox"/> あり (変更内容)
	<input type="checkbox"/> 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	<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	60歳以上または要支援・要介護の者	
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14条による
	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15条による
	解約予告期間	30日間
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり (内容: ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	37人	
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) 25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	0	0	0	1
生活相談員	2	2	0	0	0	2
直接処遇職員	20	11	2	9	0	17.05
介護職員	16	8	0	8	0	13.41
看護職員	4	3	1	1	0	3.64
機能訓練指導員	1	0	1	0	0	0.09
計画作成担当者	1	0	0	1	0	1
栄養士	0	0	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0	0	1
1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1						40 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) 13 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士	0				
介護福祉士	3	2		1	
実務研修の修了者	2	1		1	
初任者研修の修了者	7	4		3	
介護支援専門員	1	1			

(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。

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数 (実人数) 5 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師	4	3	1	1	
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導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 00分～ 9時 00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。

(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、省略可能)	契約上の職員配置比率 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 3.0 : 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)	3 : 1
	外部サービス利用型特定施設の介護サービス提供体制 (該当しない場合、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	管理者の氏名	茂刈 克己									
	職名	施設長									
	他の職務との兼務	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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											
前年度1年間の退職者数											
経 験 年 数	1年未満		1		1						
	1年以上 3年未満		7		3						
	3年以上 5年未満	1	7		1						
	5年以上 10年未満	1	1						1		
	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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	17人
	女性	19人
年齢別	65歳未満	5人
	65歳以上75歳未満	16人
	75歳以上85歳未満	11人
	85歳以上	4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	0人
	要介護2	1人
	要介護3	10人
	要介護4	14人
	要介護5	11人

入居期間	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	23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	74.3	歳
入居者数の合計	36	人
入居率※	100	%
※ 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	人	
	社会福祉施設	人	
	医療機関	6人	
	死亡者	7人	
	その他	人	
生前解約の状況	施設側の申し出	4人	(解約事由の例) 入院長期化により
	入居者側の申し出	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	エクラシア桶川苦情相談窓口
	電話番号	050-6861-5212
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	なし
2	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8:30~17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始
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8:30~17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始
4	窓口の名称	桶川市消費生活支援センター
	電話番号	048-782-3211
	対応している時間	9:30~12:00・13:00~16:00
	定休日	火土日曜、祝日、年末年始
5	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	9:00~16:00
	定休日	日曜、祝日、年末年始
6	窓口の名称	埼玉県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	8:30~12:00・13:00~17:00
	定休日	土曜、日曜、祝日
7	窓口の名称	桶川市高齢介護課高齢者福祉係
	電話番号	048-788-4940
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (その内容) 東京海上日動株式会社保険に加入 (超ビジネス保険)
	<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) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業者の故意または過失による場合には入居者及び身元引受人に誠意を持って対応します。但し、入居者側にも故意または過失がある場合には事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<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	顧客満足アンケート
		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		

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 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

1 6 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 1 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 type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 体験入居を実施していない。
※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

令和 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 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完 備	便 所	洗 面	浴 室	台 所	収 納			
1	18.60	×	○	○	×	×	○	27	102.103.105.106, 108.110~112, 202.203.205.206, 208, 210~213 215~218, 225~227, 231~233	60,000
1	19.22	×	○	○	×	×	○	10	101.107.201.207, 220~223, 228.230	60,000

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
居間食堂	1	106.85	1階	37	常時利用可能
談話室	1	37.20	2階	37	常時利用可能
脱衣室・浴室	8	53.04	1~2階	37	ご利用の際は事前に職員へお声掛け下さい。
共用WC	3	9.20	1~2階	37	ご利用の際は事前に職員へお声掛け下さい。
洗濯室・利用者 用汚物室	4	28.52	1~2階	37	常時利用可能
居住者用倉庫	1	6.4	2階	37	常時利用可能

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

消化器	■ 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	

**別添4**

**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 type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <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 type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 人
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 5人
				合計	人員 5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	9時	00分	～	17時 00分 人員 1人
	上記以外の時間	17時	00分	～	9時 00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	1日1回 朝7:00～8:00の間に定期巡回・安否確認を行います。				毎日 1 回
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 0分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	ナースコールによる			
	通報先	1階事務室	通報先から住宅までの到着予定時間 2分		
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 円			
備考	・緊急時において医療機関等との連携対応を行います。 ・生活に関わる相談援助、外部の介護サービスなどの案内を行います。				

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 checked="" 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 type="checkbox"/> 3食		<input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択	
	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 50,100 円	内訳	朝食 500 円	昼食 500 円 夕食 500 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考	おやつ1食170円 上記月額は1ヶ月を30日とした場合の金額です。 特別対応食をご希望の場合、糖尿病対応食は+100円・腎臓病対応食+200円が各食金額に加算されます。				

※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。

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 type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input 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	3,300 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	洗濯希望の衣類を週2回居室まで回収に伺います。(専用の洗濯ネットを支給致します)				



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 type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input 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	当施設では入居者様の健康維持の為、定期的な検診・健康診断等を推奨しており、医療機関等の情報提供を随時行わせていただきます。 ※なお、検診に係る費用等は実費となります。				

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	生活支援サービス			
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	寝具タオルレンタル: 月額3,300円 寝具類・タオル類をレンタルいたします。交換は無制限です。 外出付き添い : 1時間2,200円 上限は3時間までとさせていただきます。				

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
			料金(税込)
介護サービス			
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	
入浴(一般浴)介護・清拭	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
特浴介助	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
身辺介助(移動・着替え等)	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
機能訓練	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
通院介助	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
生活サービス			
居室清掃	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
リネン交換	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
寝具レンタル	□ あり □ なし	□ あり □ なし	3,300円/月
日常の洗濯	□ あり □ なし	□ あり □ なし	3,300円/月
居室配膳・下膳	□ あり □ なし	□ あり □ なし	無料
嗜好に応じた特別食	□ あり □ なし	□ あり □ なし	実費
おやつ	□ あり □ なし	□ あり □ なし	170円/食
理美容サービス	□ あり □ なし	□ あり □ なし	実費
買物代行	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
役所手続き代行	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
金銭・貯金管理	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
外出付き添い	□ あり □ なし	□ あり □ なし	2,200円/時間
健康管理サービス			
定期健康診断	□ あり □ なし	□ あり □ なし	実費
健康相談	□ あり □ なし	□ あり □ なし	無料
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	
入退院時の同行	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
入院中の洗濯物交換・買い物	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	
入院中の見舞い訪問	□ あり □ なし	□ あり ■ なし	

※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。

備考

寝具一式・タオル類レンタル 交換無制限  
洗濯代行(引取)週2回

食費50,100円に含まれます。  
理美容師の来所日を事前にお知らせ致します。

上限を3時間までとさせていただきます。

医療機関等の紹介を行わせていただきます。

## 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	3	ラウンドアンドケア訪問介護事業所	さいたま市、吉川市、入間市
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	20	デイサービスセンターエクラシア	さいたま市、川越市、川口市、など
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	1	ラウンドアンドケア福祉用具	吉川市
特定福祉用具販売			
<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			
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			
<b>居宅介護支援</b>			
<b>&lt;介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問介護			
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			
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			
<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			
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			
<b>介護予防支援</b>			
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>			
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			

別添7 介護サービス内容別の自己負担額一覧表

当該施設の地域加算割合

10.27

※30日月の場合

介護度	単位数	介護費合計	自己負担額			
			1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額	
介護保険サービス 基本利用料	要介護1	538 単位/日	¥165,758	¥16,576	¥33,152	¥49,727
	要介護2	604 単位/日	¥186,092	¥18,609	¥37,218	¥55,828
	要介護3	674 単位/日	¥207,659	¥20,766	¥41,532	¥62,298
	要介護4	738 単位/日	¥227,378	¥22,738	¥45,476	¥68,213
	要介護5	807 単位/日	¥248,637	¥24,864	¥49,727	¥74,591
特定施設入居者生活 介護の加算の対象と なるサービス体制	夜間看護体制加算	10 単位/日	¥3,081	¥308	¥616	¥924
	医療機関連携加算	80 単位/月	¥822	¥82	¥164	¥246
	口腔衛生管理体制加算	30 単位/月	¥308	¥31	¥62	¥92
	退院・退所時連携加算	30 単位/日	¥9,243	¥924	¥1,849	¥2,773
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に8.2%を加算				
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に1.2%を加算				