

サービス付き高齢者向け住宅  
ケアガーデン北本ニツ家  
重要事項説明書

ご入居者名： \_\_\_\_\_ 様

## 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) けあがーでんきたまもとふたつや ケアガーデン北本ニツ家		
所在地※1	(郵便番号 364-0014) 埼玉県北本市ニツ家2丁目89-1		
連絡先	電話番号	048-590-2400	
	FAX番号	048-590-2401	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス		
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( JR高崎 線 北本 駅から 徒歩 で 26分 ) <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 ( タクシー利用で乗車6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 令和 2年 12月	1日から	令和 32年 11月 30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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 令和 2年 12月	1日から	令和 32年 11月 30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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 令和 2年 12月	1日から	令和 32年 11月 30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 checked="" type="checkbox"/> あり <input 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) かぶしきがいしやけあめでいかる		
	株式会社ケアメディカル		
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 344-0114) 埼玉県春日部市東中野33-1		
	電話番号 048-718-0211		
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) かぶしきがいしやけあめでいかる		
	株式会社ケアメディカル		
事務所の所在地	(郵便番号 344-0114 )		
	埼玉県春日部市東中野33-1		
電話番号 048-718-0211			

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	30	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.30	m <sup>2</sup>	詳細については、別添3のとおり
	(最大)	18.91	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	
	構造	鉄骨造		階数
	耐火建築物	<input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他 ( )	2階建
	建築物の延床面積	1121.04	m <sup>2</sup>	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1121.04 m <sup>2</sup> )
竣工の年月	令和2	年	11月	30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	入居契約書・生活支援サービス契約書の通り		
事業開始時期	令和2	年	12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)	
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 48,600 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 type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 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 type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約	55,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高) 約	55,000 円	
共益費の概算額	(最低) 約	25,000 円	
	(最高) 約	25,000 円	
敷金の概算額	(最低) 約	0 円	家賃の 0 月分
	(最高) 約	0 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		
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	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
共益費(管理費)	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、光熱水費により算定
敷金	なし
高齢者生活支援サービス	人件費により算定
食費	人件費・材料費により算定
その他	オムツ・消耗品等は実費

(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	
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	
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 選択方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式
	(該当する方式全て選択)	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	<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	
利用料金の改定	条件	入居契約書 第4条に基づく
	手続き	全ての方に事前に説明と協議を行い同意を得る

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
			<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
			<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

基本方針及び埼玉県高齢者居住安定確保計画を遵守し運営していきます。
-----------------------------------

1.1 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	年をとっても住み慣れた地域社会で、ご家族と共に安心して暮らせるよう、総合的な在宅サービスを行っていきます。
サービスの提供内容に関する特色	ご利用者様に合ったサービスの提供を致します。

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は省略。

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 type="checkbox"/>	なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(II)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(II)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
	介護職員処遇改善加算	(III)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(IV)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(V)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(I)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(II)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
(I)		<input 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 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 type="checkbox"/>	あり	(介護・看護職員の配置率)			
	<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	医療法人 愛友会 上尾中央総合病院
		住所	埼玉県上尾市柏座1-10-10
		診療科目	呼吸器内科、循環器内科、整形外科、泌尿器科ほか
	2	協力内容	救急時の受け入れ・健康相談・健康診断
		名称	なごみ診療所
		住所	埼玉県白岡市新白岡4-14-1プタハ新白岡201号室
協力歯科医療機関	診療科目	内科・消化器内科	
	協力内容	医師による訪問診療や往診等・看護師による訪問看護等	
	名称	新白岡口腔リハ歯科クリニック	
	住所	埼玉県白岡市新白岡7-14-1新白岡ホープ館101	
	協力内容	歯科医師による訪問歯科	

## (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 checked="" type="checkbox"/> その他 ( その他空室への移動 )	
判断基準の内容		
手続きの内容	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	
居室賃借権 (利用権) の取扱い	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容)
		<input checked="" 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		
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11条
	解約予告期間	入居契約書 第11条に準ずる
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12条
	解約予告期間	入居契約書 第12条に準ずる
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 実際に1泊~2泊泊まる事が出来る) <input type="checkbox"/> なし (料金は食事料金の実食分のご請求のみとする)	
入居定員	30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) 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				1
生活相談員						
直接処遇職員	5				5	3
介護職員	5				5	3
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	2	2				2
その他職員	1	1				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) 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					
実務研修の修了者					
初任者研修の修了者					5
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。					

(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) 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					
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 ( 18 時 00 分 ~ 9 時 00 分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	0 人	0 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	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1以上
	【表示事項】	<input type="checkbox"/> 2.0 : 1以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1以上
		<input 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)	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		柳井 亜樹子									
	職名											
	他の職務との兼務		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし							
	業務に係る資格等		<input type="checkbox"/> あり		資格等の名称							
		<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年以上 3年未満											
	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		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし							

13 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		人
	女性		人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満		人
	85歳以上		人
要介護度別	自立		人
	要支援1		人
	要支援2		人
	要介護1		人
	要介護2		人
	要介護3		人
	要介護4		人
	要介護5		人

入居期間	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		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%

※ 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	人	
	死亡者	人	
	その他	人	
生前解約の状況	施設側の申し出	人	(解約事由の例)
	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	株式会社ケアメディカル 苦情相談室
	電話番号	048-718-0211
	対応している時間	午前9時から午後5時
	定休日	土曜日・日曜日・祝日
2	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター熊谷
	電話番号	048-524-0999
	対応している時間	午前9時から午後4時
	定休日	土曜日・日曜日・祝日・年末年始 (12月29日から1月3日)
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	午前8時30分から午後5時15分
	定休日	土曜日・日曜日・祝日・年末年始 (12月29日から1月3日)
4	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	午前8時30分から午後5時15分
	定休日	土曜日・日曜日・祝日・年末年始 (12月29日から1月3日)
5	窓口の名称	
	電話番号	
	対応している時間	
	定休日	

(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"/> あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 超保険
	<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) 事故対応マニュアルによる
	<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 利用者の意見を把握する取組の 状況	<input type="checkbox"/> あり	実施内容		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" 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 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

16 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 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

令和 年 月 日

様に対して、入居契約書・生活支援サービス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 株式会社ケアメディカル

所在地 〒344-0114 埼玉県春日部市東中野33-1

代表者名 代表取締役 西谷 直浩 印

説明者氏名 柳井 亜樹子 印

私は上記事業者から、入居契約書・生活支援サービス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	18.30	×	○	○	×	×	○	28	101.102.103 .105.106.10 7.108.110.1 11.112.201. 202.203.205 .206.207.20 8.210.211.2 12.213.216. 217.218.220 .221.222.22 3	月額55,000円(非課税)
1	18.91	×	○	○	×	×	○	1	215	月額55,000円(非課税)
1	18.40	×	○	○	×	×	○	1	225	月額55,000円(非課税)

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	125.15	1階1箇所	30	ご自由に使用出来ます。
洗濯室・汚物室	1	17.55	1階1箇所	30	職員にお声掛け下さい。
浴室・脱衣室	4	49.60	1階2箇所 2階2箇所	30	職員にお声掛け下さい。
共用トイレ	3	11.44	1階3箇所	30	ご自由に使用出来ます。
談話室	2	31.83	1階1箇所 2階1箇所	30	ご自由に使用出来ます。

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり	( <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応)
	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input checked="" 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	0人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 0人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	0人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 0人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	0人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 5人
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	0人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 4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	時	分	~	時 分 人員 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	昼食時(12時)に状況把握確認をする。昼食にいられていない方はお部屋に訪問し状況確認をする				毎日 1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	ナースコールにて連絡			
	通報先	職員のPHSに連絡		通報先から住宅までの到着予定時間	3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	前払金は頂きません	
	前払金	約 0円			
備考	夜間は訪問介護職員が待機・対応				

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 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 checked="" 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) かぶしきがいしゃでいあぶらすわん 株式会社DearPlusOne			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 272-0013 )	千葉県市川市原木1-16-23		電話番号 047-704-8297
	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 272-0013 )	千葉県市川市原木1-16-23		電話番号 047-704-8297
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 540 円	昼食 540 円 夕食 540 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考	30日とし月額48,600円(税込)の料金となります。腎臓病食については、1食あたり108円(税込)追加となります。とろみ食については、とろみ剤の実費をご負担いただきます。				

※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。



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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )		
		内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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 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	健康の相談等がある場合は連携病院のご紹介等を行います。 定期検診は希望がありましたら1人分ごと連携病院で実施(医療機関に実費支払い)となります。 又、病院への送迎・通院介助は1時間につき2,200円を頂きます。(1時間未満を基に割った金額を頂きます。)				

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )			
	内容				
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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							<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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			料金(税込)	備考		
		包含※1	都度※2					
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
おむつ代	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	実費	オムツを施設から出した料金分を実費請求致します。		
入浴(一般浴)介護・清拭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
特浴介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
機能訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
通院介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	2,200円/1時間	必要な場合はご相談下さい。		
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
リネン交換	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			必要な場合はご相談下さい。		
嗜好に応じた特別食								
おやつ								
理美容サービス				○	実費	訪問理美容(サービス業者に実費支払い)		
買物代行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
金銭・貯金管理								
健康管理サービス								
定期健康診断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			相談がある場合、連携病院へのご紹介します。		
健康相談	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○		相談がある場合、連携病院へのご紹介を含めます		
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
服薬支援	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

## 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	12	ケアメディカル北本訪問介護事業所	埼玉県北本市中丸4丁目116-3
訪問入浴介護			
訪問看護	1	ケアメディカル訪問看護事業所	埼玉県北本市深井1丁目32-1
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
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	ケアメディカル福祉用具	埼玉県北足立郡伊奈町西小針3丁目281番地3
特定福祉用具販売	1	ケアメディカル福祉用具	埼玉県北足立郡伊奈町西小針3丁目281番地3
<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			
居宅介護支援	2	ケアメディカル北本居宅介護支援事業所	埼玉県北本市中丸4丁目116-3
<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	1	ケアメディカル訪問看護事業所	埼玉県北本市深井1丁目32-1
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			
介護予防支援			
<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			