

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) ベてらんかんはらいちば ベテラン館はらいちば		
所在地※1	(郵便番号 357-0124) 埼玉県飯能市原市場553		
連絡先	電話番号	042-970-1717	
	FAX番号	042-870-1718	
	メールアドレス	haraichiba@mashibamed.com	
	ホームページアドレス	"http://mashibamed.com/facility	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (西武池袋線 飯能 駅から バス で 35分) <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 (車で狭山日高インターより国道70号線(名栗方面)35分)		
住宅に関する権原	期間	2017年 3月	1日から 2037年 2月 28日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	期間	2017年 3月	1日から 2037年 2月 28日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	期間	2011年 2月	1日から 2041年 1月 31日まで
敷地に関する権原	期間	2011年 2月	1日から 2041年 1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 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) ゆうげんかいしゃ ましばめでいかるさーびす 有限会社 間柴メディカルサービス		
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 357-0025) 埼玉県飯能市栄町6番地1 電話番号 042-983-0106		
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) ゆうげんかいしゃ ましばめでいかるさーびす 有限会社 間柴メディカルサービス		
事務所の所在地	(郵便番号357-0025) 埼玉県飯能市栄町6番地1 電話番号 042-983-0106		

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	28	戸
居住部分の規模	(最小)	18.83	m ²
	(最大)	20.13	m ²
構造及び設備	共同利用設備	■ あり □ なし	
	構造	木 造	
	■耐火建築物 □準耐火建築物 □その他 ()		
	建築物の延床面積	961.54 m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 961.54 m ²)
竣工の年月	2011 年 7 月 1 日		
加齢対応構造等	■ 登録基準に適合している		
	■ エレベーターを備えている		
	■ 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	入居契約は賃貸借契約ではなく利用権契約です。
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	2019 年 3 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	■ 自ら □ 委託	約	円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	58320 円	
	入浴等の介護	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約	円	
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	円	
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	円	
	その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	円	
家賃の概算額	(最低) 約	41,500 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり		
	(最高) 約	60,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約	35,000 円			
	(最高) 約	35,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約	124,500 円	家賃の 3.0 月分		
	(最高) 約	180,000 円			
前払金※の有無	□ あり ■ 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	□ 指定を受けている		介護保険事業所番号 ()		
	■ 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	□ 指定を受けている		介護保険事業所番号 ()		
	■ 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	□ 指定を受けている		介護保険事業所番号 ()		
	■ 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	建物賃貸料、近隣相場を換算して算定
共益費(管理費)	事務管理費、生活サービス人件費、共用施設の維持管理費、光熱水費により算定
敷金	家賃の3ヶ月分
生活支援サービス費	人件費により算定
食費	食材費、調理スタッフ人件費より算定
その他	人件費、消耗品等により算定 サービス内容・費用は別添5による

(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
	<input checked="" 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 消費者物価指数を勘案し、料金が不相当となった場合
	手続き 連帯保証人へ電話説明とお手紙送付し契約書再締結して確定する

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いたします。
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自立生活のご支援をします。

(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	入居継続支援加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	A D L維持等加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<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
	若年性認知症入居者受入加算		<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
	口腔衛生管理体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	障害者等支援加算		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	L I F Eへの登録		<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
	看取り介護加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<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)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(III)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	(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	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(II)	<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		■ 救急車の手配	
		■ 入退院の付き添い	
		■ 通院介助	
		■ その他（通院の予約、保険証の管理、服薬管理、バイタル計測）	
協力医療機関	1	名称	間柴医院
		住所	埼玉県飯能市緑町3番地4
		診療科目	内科、外科、整形外科、他
		協力内容	訪問診療(月2回)、電話診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	荒井歯科医院
		住所	埼玉県飯能市仲町6丁目15番地 1
		協力内容	訪問歯科診療

(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（空室への移動、他入居者との入れ替え）	
判断基準の内容	日常生活動作の低下、他入居者とのトラブル等	
手続きの内容	<input type="checkbox"/> 医師の意見を聞く <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
居室賃借権（利用権）の取扱い	<input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> あり （変更内容）居室により家賃が異なる 居室変更時は、旧居室の業者クリーニング費を請求 <input type="checkbox"/> なし
		<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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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11条・相当の期間
	解約予告期間	3ヶ月
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条による
	解約予告期間	3ヶ月
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり （内容：お試し期間の家賃と共益費、 生活支援サービス費の日割りと食事回数の利用料となる） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	28名（ただし夫婦入居の場合はこれを超える）	
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			
生活相談員		1				
直接処遇職員	10				10	
介護職員	10				10	
看護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	6				6	
事務員						
その他職員	2				2	
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) 10 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	1			1
実務研修の修了者	3				1
初任者研修の修了者	3				3
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) 1 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
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 30分～ 8時 30分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	1 人	1 人
看護職員	人	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 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 : 常勤換算職員数)	: 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		山本 恵								
	職名		施設長								
	他の職務との兼務		■ あり		□ なし						
	業務に係る資格等		■ あり		資格等の名称		社会福祉士				
		□ 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		1			4						
前年度1年間の退職者数					2						
経験年数	1年未満				2						
	1年以上 3年未満				10						
	3年以上 5年未満				6						
	5年以上 10年未満				2						
	10年以上										
従業者の健康診断の実施					■ あり		□ 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	9人
	女性	15人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	5人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	19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	7人
	要介護2	5人
	要介護3	7人
	要介護4	4人
	要介護5	2人

入居期間	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	5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	84.7	歳
入居者数の合計	24	人
入居率※	82.7	%
※ 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	2	人	
	医療機関	4	人	
	死亡者	2	人	
	その他	0	人	
生前解約の状況	施設側の申し出	2	人	(解約事由の例) ①認知症状悪化 ②医療処置が必要
	入居者側の申し出	4	人	(解約事由の例) 介護施設・病院への入居(入院)の希望

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	ベテラン館はらいちば
	電話番号	042-970-1717
	対応している時間	8:30~17:30
	定休日	なし
2	窓口の名称	飯能市 消費生活センター
	電話番号	042-973-2111
	対応している時間	10:00~12:00 13:00~16:00
	定休日	木、土、日、祝日、年末年始
3	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	9:00~16:00
	定休日	土、日、祝日、年末年始
4	窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課
	電話番号	048-830-3245
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土、日、祝日、年末年始
5	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	8:30~17:15
	定休日	土、日、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) 介護保険社会福祉事業部総合保険 あいおいニッセイ同和損害保険会社
	<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) 施設側による故意または過失による事故は誠意を持って補償する。 入居者側に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等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施内容	食事のアンケート、同意書等
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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 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 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 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
財務諸表の要旨	<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
財務諸表の原本	<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

16 その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 回	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) 入居者の家族との個別の連絡や面談を実施 <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 5 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 **有限会社 間柴メディカルサービス**

所在地 **埼玉県飯能市栄町6番地1**

代表者名 **代表取締役 田中 健司**

説明者氏名

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

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	18.83	×	○	○	×	×	○	4	101.102. 103.105	41,500
1	18.83	×	○	○	×	×	○	17	106.107 108.110 111.201 202.203 205.206 207.208 210.211 217.218 221	44,000
1	19.24	×	○	○	×	×	○	3	116.216.220	60,000
1	19.31	×	○	○	×	×	○	2	112.212	60,000
1	20.13	×	○	○	×	×	○	2	115.215	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
浴室	2	14.90	1階、2階	28	訪問介護、またはご家族様見守り時にご利用ください
台所	2	22.34	1階、2階	28	ご自由にご利用ください
食堂	2	110.92	1階、2階	28	ご自由にご利用ください
収納設備	2	9.92	1階、2階	28	ご自由にご利用ください
トイレ	2	6.62	1階、2階	28	ご自由にご利用ください
洗濯室	2	9.64	1階、2階	28	ご自由にご利用ください

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	(車椅子対応)
	<input type="checkbox"/> 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		■ 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		□ 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 (法人にあつては 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 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 checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等(有限会社)			
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	4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	2人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 14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 1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	居室への訪問として1日5回の巡回と、共有部分に設置した防犯カメラによる見守り				毎日 5 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	緊急通報装置				
	通報先	1階事務所及びPHS、デイサービス電話機		通報先から住宅までの到着予定時間 5分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 11,000 円	前払金の 算定方法			
	前払金	約 円				
備考	生活保護を受給されている方は月額3,000円(税込み) 生活支援サービス費により提供					

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	
	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 58,320 円	内訳	朝食 648 円	昼食 648 円 夕食 648 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法		
備考	上記の料金は1か月(30日)の場合の金額です。8%税込です。 居室への配膳・下膳は+110円の費用が掛かります。刻み食、お粥食と対応可能です。 それ以上の食事加工サービスは別途費用が掛かります。				

※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					

4-1. 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 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) かぶしきかいしゃとうき 株式会社東基			
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 177-0033)		東京都練馬区高野台1丁目10-6 電話番号 03-5372-7511	
	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 350-1213)		洗濯工場:株式会社アクアリネン 住所:埼玉県日高市高萩19191 電話番号 042-985-4221	
提供方法		提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (火曜、木曜、土曜に納品と回収をする)		
		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	3,080	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考		ただし、汚染時や業者回収が不可の衣類等は、施設での洗濯となり、1回あたり330円の費用が掛かります。			

4-2. 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 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		ただし、居室への配膳・下膳は+110円の費用が掛かります。刻み食、お粥食と対応可能です。			

4-3. 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(週2回)		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input 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	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考		生活支援サービス費に含む 週2回以上の清掃が必要になった際は、清掃代1回あたり330円の費用が掛かります。ゴミは週3回収します。シーツ交換は月に2回実施します。			

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 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては 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 type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (薬の管理)		
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		生活支援サービス費に含む。ただし、往診代(月2回)、薬代の医療費は別途費用がかかります。通院は基本的にご家族様にて対応頂きますが、施設職員が通院等の付き添いをする事も可能です。その場合は、最初の30分1650円、以後30分毎1,100円の費用が掛かります。			

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 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては 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	貴重品管理(220円/月 ・ 買い物代行(330円/回) ・ 銀行行政等の手続き代行(330円/回)		
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		貴重品管理は、通帳、印鑑、キャッシュカード、保険証券等重要なものを金庫で預かるサービスです。買い物代行は、入居時にご家族様の持ち込みか施設で買い物を代行するかルールを決めます。銀行行政手続き代行は、銀行、各市町村等からのお手紙、出入金等の対応をします。全て希望制です。			

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	料金（税込）	備考				
	□	あり	□	なし								
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	家族にてご用意下さい			
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	○	1,650円	最初の30分1,650円、以降30分毎に1,100円を請求	
生活サービス												
居室清掃	□	あり	□	なし	■	あり	□	なし	○	○	330円	週2回以上の清掃に関しては都度330円を請求
リネン交換	□	あり	□	なし	■	あり	□	なし	○	○	330円	月2回以上の清掃に関しては都度330円を請求
日常の洗濯	□	あり	□	なし	■	あり	□	なし	○	○	330円	汚染時と回収不可の衣類等の洗濯は都度330円を請求
居室配膳・下膳	□	あり	□	なし	■	あり	□	なし		○	110円	都度110円を請求する
嗜好に応じた特別食					□	あり	■	なし				
おやつ					□	あり	■	なし				
理美容サービス					□	あり	■	なし				理美容の手配は生活支援サービス費に含まれる
買物代行	□	あり	□	なし	■	あり	□	なし		○	330円	都度330円を請求する
役所手続き代行	□	あり	□	なし	■	あり	□	なし		○	330円	都度330円を請求する
金銭・貯金管理					■	あり	□	なし		○	220円	都度220円を請求する
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	○			生活支援サービス費11,000円/月に含む
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	○			生活支援サービス費11,000円/月に含む
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		○	1,650円～	最初の30分1,650円、以降30分毎に1,100円を請求
入退院時の同行	□	あり	□	なし	■	あり	□	なし		○	1,650円～	最初の30分1,650円、以降30分毎に1,100円を請求
入院中の洗濯物交換・買い物	□	あり	□	なし	■	あり	□	なし			1,100円	都度1,100円を請求する
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。

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	ましばヘルパーステーション	飯能市緑町7-6
訪問入浴介護	0		
訪問看護	0		
訪問リハビリテーション	0		
居宅療養管理指導	0		
通所介護	1	ベテラン館ましば ベテラン館こまがわ	飯能市緑町8番地3 日高市四本木2-5-1
通所リハビリテーション	0		
短期入所生活介護	1	ベテラン館ましば	飯能市緑町8番地3
短期入所療養介護	0		
特定施設入居者生活介護	0		
福祉用具貸与	0		
特定福祉用具販売	0		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0		
夜間対応型訪問介護	0		
認知症対応型通所介護	0		
小規模多機能型居宅介護	0		
認知症対応型共同生活介護	0		
地域密着型特定施設入居者生活介護	0		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0		
看護小規模多機能型居宅介護	0		
居宅介護支援	1	ほっとプランましば	飯能市緑町7-6
<介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	1	ましばヘルパーステーション	飯能市緑町7-6
介護予防訪問入浴介護	0		
介護予防訪問看護	0		
介護予防訪問リハビリテーション	0		
介護予防居宅療養管理指導	0		
介護予防通所介護	1	ベテラン館ましば	飯能市緑町8番地3
介護予防通所リハビリテーション	0		
介護予防短期入所生活介護	1	ベテラン館ましば	飯能市緑町8番地3
介護予防短期入所療養介護	0		
介護予防特定施設入居者生活介護	0		
介護予防福祉用具貸与	0		
特定介護予防福祉用具販売	0		
<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	0		
介護予防小規模多機能型居宅介護	0		
介護予防認知症対応型共同生活介護	0		
介護予防支援			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	0		
介護老人保健施設	0		
介護療養型医療施設	0		