

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) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたくうえるがーでんしらおか サービス付き高齢者向け住宅ウエルガーデン白岡 | | |
| 所在地※1 | (郵便番号 349-0217) 埼玉県白岡市小久喜1413 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0480-90-5111 | |
| | FAX番号 | 0480-90-5112 | |
| | メールアドレス | gc6422@welkan.biz | |
| | ホームページアドレス | http://www.welcia-kaigo.co.jp/ | |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR宇都宮 線 白岡 駅から 徒歩 で 6 分) <input type="checkbox"/> 2. その他 () | | |
| 住宅に関する権原 | 期間 | 平成 26 年 7 月 1 日から 平成 51 年 6 月 30 日まで | <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 |
| | 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 | 期間 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 |
| | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 期間 | 平成 26 年 7 月 1 日から 平成 51 年 6 月 30 日まで | <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 |
| 敷地に関する権原 | 期間 | 平成 26 年 7 月 1 日から 平成 51 年 6 月 30 日まで | <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 |
| | 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) うえるしあかいごさーびすかぶしがいしや ウエルシア介護サービス株式会社 | | |
| 住 所 (法人にあっては 主たる事務所) | (郵便番号 350-0061) 茨城県つくば市稲荷前8-1 布川ビル2階 電話番号 029-856-8888 | | |
| 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) うえるしあかいごさーびすかぶしがいしや ウエルシア介護サービス株式会社 | | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 350-0061) 茨城県つくば市稲荷前8-1 布川ビル2階 電話番号 029-856-8888 | | |

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 | 48 | 戸 | | |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.56 | m ² | 詳細については、別添3のとおり | |
| | (最大) | 25.31 | m ² | | |
| 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 | 2階建 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | 1900.80 | m ² | (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1900.80 m ²) | |
| 竣工の年月 | 平成26年 4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 | 別添建物賃貸借契約及び生活支援サービス契約書のとおり |
| 事業開始時期 | 平成26年 7月 15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 20,000 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 42,600 円 |
| | 入浴等の介護 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input 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 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 円 | |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 62,000 円 | 住戸ごとの内容は別添3のとおり | |
| | (最高) 約 78,000 円 | | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 20,000 円 | | |
| | (最高) 約 20,000 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 0 円 | 家賃の 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 <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない | 介護保険事業所番号 () | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない | 介護保険事業所番号 () | |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない | 介護保険事業所番号 () | |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 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 | |
| | ■ 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 ■ なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> あり ■ 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 | ■ 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 | 賃料：土地または建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合、土地または建物の価格の上昇または低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合及び近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合 共益費：維持管理費の増減により共益費が不相当となったとき |
| | 手続き | 双方の協議による |

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 | ■ 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 ■ 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 |
|-----------------------------|--------------|------------|---|
| ウエルシア介護サービス白岡 居宅介護支援 | 居宅介護支援 | 1176600144 | ■ 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 |
| ウエルシア介護サービス白岡 訪問介護 | 訪問介護 | 1176600136 | ■ 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 |
| ウエルシア介護サービス 訪問看護ステーション白岡 | 訪問看護 | 1166690010 | ■ 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 |

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

平成21年8月19日厚生労働省・国土交通省告示第1号及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に則り、適正に事業・運営を推進する事を誓約致します。

1.1 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | ご利用者に対して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できるよう、生活支援サービスを提供いたします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 365日、有人管理体制にて本建物を管理します。居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、の指定介護保険サービスを併設しています。 |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|--|----------------------------|----------------------------|
| 医療支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 篠津医院 |
| | | 住所 | 白岡市篠津1936-5 |
| | | 診療科目 | 内科・循環器科・小児科・婦人科 |
| | | 協力内容 | 訪問診療 |
| | 2 | 名称 | 白岡中央総合病院 |
| | | 住所 | 白岡市小久喜938-12 |
| | 診療科目 | 内科・神経内科・消化器科・外科・整形外科・腎臓内科等 | |
| | 協力内容 | 緊急時の医療連携 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 新白岡口腔リハ歯科クリニック |
| | | 住所 | 白岡市新白岡7-14-14 新白岡ホープ館101号室 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診療 |

(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 | 夜間帯に定時医療処置が必要な方は対応困難 | | |
| 事業主体から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 建物賃貸借契約書第10条による | |
| | 解約予告期間 | 事業者の定めによる | |
| 入居者から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 建物賃貸借契約書第11条による | |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月前 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊2日3食付5,000円+税) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 入居定員 | 48名 | | |
| その他 | 連帯保証人・身元引受人の選定(同一可) | | |

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) 6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 | 2 | 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 | | | | | | |
| 事務員 | 1 | 1 | | | | 1 |
| その他職員 | 2 | | | 2 | | 0.25 |
| 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) 4 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 | 2 | 2 | | | |
| 実務研修の修了者 | | | | | |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 1 | | | |
| 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) 0 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 | 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。

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|--|------|--------|------|---------|---------|-----|---------|-----|--|
| 管理者 | 管理者の氏名 | 谷中 昌一 | | | | | | | | | |
| | 職名 | 管理者 | | | | | | | | | |
| | 他の職務との兼務 業務に係る資格等 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | | | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | 資格等の名称 | | 介護支援専門員 | | | | | |
| | <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 | 2 | | | | | | | | | |
| | 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 | 13人 |
| | 女性 | 27人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 13人 |
| | 85歳以上 | 24人 |
| | | |
| 要介護度別 | 自立 | 1人 |
| | 要支援1 | 1人 |
| | 要支援2 | 1人 |
| | 要介護1 | 7人 |
| | 要介護2 | 15人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 3人 |
| | 要介護5 | 8人 |

| | | |
|------|------------|-----|
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 5人 |
| | 1年以上5年未満 | 28人 |
| | 5年以上10年未満 | 0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 | 84 歳 |
| 入居者数の合計 | 40 人 |
| 入居率※ | 83.3 % |

※ 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 | 2 人 | |
| | 社会福祉施設 | 3 人 | |
| | 医療機関 | 0 人 | |
| | 死亡者 | 6 人 | |
| | その他 | 0 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 | 3 人 | (解約事由の例) 一般在宅・老健・療養型への転居 |

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 | ウエルガーデン白岡 |
| | 電話番号 | 0480-90-5111 |
| | 対応している時間 | 24時間 |
| | 定休日 | 年中無休 |
| 2 | 窓口の名称 | ウエルシア介護サービス株式会社 |
| | 電話番号 | 029-856-8888 |
| | 対応している時間 | 9:00~18:00 |
| | 定休日 | 土・日曜日 |
| 3 | 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 | 8:30~17:15 |
| | 定休日 | 土・日曜日・祝日・年末年始 |
| 4 | 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・日曜日・祝日・年末年始 |
| 5 | 窓口の名称 | 白岡市消費生活センター |
| | 電話番号 | 0480-93-7700 |
| | 対応している時間 | 10:00~15:00 |
| | 定休日 | 水・土・日曜日・祝日・年末年始 |
| 6 | 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター春日部 |
| | 電話番号 | 048-734-0999 |
| | 対応している時間 | 9:00~16:00 |
| | 定休日 | 土・日曜日・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) | プライマリー総合保険、福祉事業者総合賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
| | <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) | 事業者は、本契約に基づくサービスの提供にあたっては、事故発生防止のためのマニュアルを策定し、事故防止体制を整備して、職員の研修を定期的に行うとともに、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、直ちに必要な措置を講じるとともに、速やかに入居者の家族、身元引受人及び地方自治体の関係部署に連絡を行います。当該事故が不可抗力による場合を除き、事業者が故意又は重大な過失が存在する場合には、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に故意又は重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。 |
| | <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 | ご意見箱の設置 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 第三者による評価の実施状況 | <input 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 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 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 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

年 月 日

____様に対して、建物賃貸借契約書、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 ウエルシア介護サービス株式会社

所在地 茨城県つくば市稲荷前8-1 布川ビル2階

代表者名 代表取締役社長 野原 和夫 印

説明者氏名 印

私は上記事業者から、建物賃貸借契約書、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

別添 3

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 | 18.56 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 34 | A101～A228 | 68000 |
| 1 | 18.75 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 6 | B115、B117、B119、 B223、B225、B227 | 62000 |
| 1 | 20.25 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 3 | B209、B212、B214 | 68000 |
| 1 | 25.31 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 4 | C108、C211、 C213、C216 | 78000 |
| 1 | 25.31 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 1 | D210 | 78000 |

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 | 6 | 35.86 | 1F及び2F | 48 | いつでもご自由にご利用頂けます |
| 食堂 | 2 | 200.28 | 1F及び2F | 48 | いつでもご自由にご利用頂けます |
| 脱衣室 | 6 | 45.13 | 1F及び2F | 48 | いつでもご自由にご利用頂けます |
| 洗濯室 | 2 | 13.74 | 1F及び2F | 48 | いつでもご自由にご利用頂けます |
| 喫煙室 | 1 | 4 | 2F食堂そば | 48 | いつでもご自由にご利用頂けます |
| 共用トイレ | 2 | 10.12 | 1F及び2F | 48 | いつでもご自由にご利用頂けます |

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 | ■ 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 checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 1人 | |
| | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 人員 | 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者 | 人員 1人 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 2人 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 2人 | |
| | | | 合 計 | | 人員 6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 | ~ | 18 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 | 安否確認として、定期的に訪問したり、食事時に食堂へ集まる機会に健在かどうか確認すること等を基本に行います | | | | 毎日 1 回 | |
| | <input checked="" 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 | 9 時 00 分 | ~ | 18 時 00分 | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | | |
| | 通報方法 | 緊急通報設備によるコール | | | | |
| | 通報先 | 1F事務室 | | 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 20,000 円 | 前払金の算定方法 | | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | | |
| 備考 | ※月額は税抜額 | | | | | |

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 みーるいのべーしょん 株式会社ミールイノベーション |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 100-0005) 東京都千代田区丸の内1-8-3 丸の内トラストタワー本館20階 電話番号 03-5288-5926 |
| | 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 349-0217) 埼玉県白岡市小久喜1413 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 checked="" type="checkbox"/> その他(ご要望に応じ居室配膳対応) | |
| 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 42,600 円 内訳 朝食 300 円 昼食 500 円 夕食 620 円 |
| | 前払金 | 約 0 円 前払金の算定方法 |
| 備考 | ※上記月額は一ヶ月30日、1日3食30日喫食された場合の税抜料金です。 一ヶ月の食数に応じて月額の料金は変わります。 | |

※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 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"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> その他 (受診付き添い等) |
| 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 | 月額ではなく、3,200円/1時間(まごころ支援ケアコース) | |

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 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 | 月額ではなく、2,700円/1時間(まごころ支援家事サービス) | | | | |

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 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 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 | 月額ではなく、3,200円/1時間(まごころ支援ケアコース) | | | | |

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 | 備考欄に記載 | | |
| 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 | | 保険適用外サービス 備考まごころ支援家事サービス2700円/時間・まごころ支援家事サービスプラス(家事サービスを超えるサービス)3300円/時間・まごころ支援ケアコース3200円/時間(まごころサービスは曜日・時間・指定期間によって割増有)・エアコンフィルター掃除サービス500円/回 | | | |

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 | | | 料金(税込) | 備考 | |
| | | | 包含 ※1 | 都度 ※2 | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 排泄介助・おむつ交換 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| おむつ代 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 入浴(一般浴)介護・清拭 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 特浴介助 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 身辺介助(移動・着替え等) | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 機能訓練 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 通院介助 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 2,700円/1h | ※介護保険外の自費サービスとしてまごころ支援家事サービス |
| リネン交換 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 2,700円/1h | ※介護保険外の自費サービスとしてまごころ支援家事サービス |
| 日常の洗濯 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 2,700円/1h | ※介護保険外の自費サービスとしてまごころ支援家事サービス |
| 居室配膳・下膳 | □ あり | ■ なし | □ あり | ■ なし | | | | |
| 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 | | | | 協力出張美容室の設定による |
| 買物代行 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 2,700円/1h | |
| 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 | | | | |
| 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 | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 生活指導・栄養指導 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 服薬支援 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 3,200円/1h | ※介護保険外の自費サービスとして(まごころ支援ケアコース) |
| 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。

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 |
|------------------------------|-----|-------------------------|--------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 1 | ウエルシア介護サービス白岡 | 白岡市小久喜1413 |
| 訪問入浴介護 | | | |
| 訪問看護 | 1 | ウエルシア介護サービス訪問看護ステーション白岡 | 白岡市小久喜1413 |
| 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 | 1 | ウエルガーデンみずほ台 | 富士見市水子5055-1 |
| 福祉用具貸与 | | | |
| 特定福祉用具販売 | | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 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 | ウエルシア介護サービス白岡 | 白岡市小久喜1413 |
| <介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | 1 | ウエルシア介護サービス白岡 | 白岡市小久喜1413 |
| 介護予防訪問入浴介護 | | | |
| 介護予防訪問看護 | 1 | ウエルシア介護サービス訪問看護ステーション白岡 | 白岡市小久喜1413 |
| 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 | 1 | ウエルガーデンみずほ台 | 富士見市水子5055-1 |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | |
| <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 | | | |
| 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 | 1 | 地域包括支援センター ウエルシアハウス | 白岡市白岡1143-1 |
| <介護保険施設> | | | |
| 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 | | | |