

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2020年 7月1日
記入者名	中村 広幸
所属・職名	あずみ苑 ラ・テラス新古河 管理者

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ れおぱれすにじゅういち 株式会社 レオパレス21	
主たる事務所の所在地	〒164-8622 東京都中野区本町二丁目54番11号	
連絡先	電話番号	03-5350-0124
	FAX番号	03-5350-0125
	ホームページアドレス	http://www.leopalace21.co.jp/
代表者	氏名	宮尾 文也
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 48年8月17日	
主な実施事業	アパート・マンション・住宅等の建築・賃貸管理及び販売 リゾート施設の開発・運営 ホテル事業 ブロードバンド通信事業 介護事業等 ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) あずみえん ら・てらすしんこが あずみ苑 ラ・テラス新古河	
所在地	〒349-1205 埼玉県加須市向古河2439-1	
主な利用交通手段	最寄駅	東武日光線「新古河」駅

	交通手段と所要時間	① 電車利用の場合 ・東武日光線「新古河」駅より徒歩約 18 分 (約 1.4 k m) ② 動車利用の場合 ・東北自動車道「羽生」IC より約 20 分 (約 12.7 k m)
連絡先	電話番号	0 2 8 0 - 6 1 - 2 7 2 1
	FAX番号	0 2 8 0 - 6 1 - 2 7 2 2
	ホームページアドレス	https://www.azumien.jp/
管理者	氏名	中村 広幸
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 21 年 2 月 2 7 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 21 年 4 月 1 日

(類型) 【表示事項】

1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	—
	指定した自治体名	—
	事業所の指定日	—
	指定の更新日 (直近)	—

3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 177. 30 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (平成 21 年 2 月 27 日～平成 51 年 2 月 26 日) 2 なし
		契約の自動更新	1 あり 2 なし
	契約期間	1 あり (平成 21 年 2 月 27 日～平成 51 年 2 月 26 日)	

			日) 2 なし
建物	延床面積	全体	649.19m ²
		うち、老人ホーム部分	649.19m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	
	3 その他 ()		
構造		1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造	
		4 その他 ()	

所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定		1 あり 2 なし			
	契約期間		1 あり			
			(平成 21 年 2 月 27 日～平成 51 年 2 月 26 日) 2 なし			
	契約の自動更新		1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
			最少	1 人部屋		
		最大	1 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ 1	有/無	有/無	9.94 m ²	25 室	一般居室個室
	タイプ 2	有/無	有/無	10.35 m ²	4 室	一般居室個室
	タイプ 3	有/無	有/無	10.77 m ²	1 室	一般居室個室
	タイプ 4	有/無	有/無	—	—	—
	タイプ 5	有/無	有/無	—	—	—
	タイプ 6	有/無	有/無	—	—	—
	タイプ 7	有/無	有/無	—	—	—
	タイプ 8	有/無	有/無	—	—	—
	タイプ 9	有/無	有/無	—	—	—
タイプ 10	有/無	有/無	—	—	—	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における便房	10ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	9ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
ストレッチャー浴			0ヶ所			
その他 ()			0ヶ所			
食堂	1 あり 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記 1・2 に該当しない) 4 なし

消防用設備等	消火器	1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし
	火災通報設備	1	あり	2	なし
	スプリンクラー	1	あり	2	なし
	防火管理者	1	あり	2	なし
	防災計画	1	あり	2	なし
その他	リビング・ダイニング、浴室（個浴）、エレベーター、車椅子対応型洗面台、トイレ相談室、汚物・洗濯室、駐車場、駐輪場				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	心をひとつにお客様に快適で豊かなシニアライフの提案を行います。 ・お客様が快適な生活を送るための気配りを常に心がけること。 ・日本の老後をより豊かにする為に自分達が出来ることが何かを考えること。
サービスの提供内容に関する特色	「人生を楽しむコミュニティの構築」をコンセプトに安心と豊かさに溢れる社会づくりを目指し、サービスを提供して参ります。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門	(I)	1	あり	2	なし
	ケア加算	(II)	1	あり	2	なし
	サービス提	(I)イ	1	あり	2	なし

	供体制強化 加算	(I)口	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
		(III)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率)	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (健康診断)	
協力医療機関	1	名称	医療法人 茨城愛心会 古河病院
		住所	茨城県古河市鴻巣 1555 番地
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、小児科、外科、
			整形外科、脳神経外科、皮膚科、眼科、
			リハビリテーション科、放射線科、歯科口腔外科、 糖尿病専門外来
	協力内容	診察、健康相談及び健康診断のための医師の派遣	
	2	名称	須田医院
		住所	栃木県小山市間々田 1489-12
		診療科目	内科、外科
		協力内容	診察、健康相談及び健康診断のための医師の派遣
	3	名称	医療法人 光風会 光南病院
		住所	栃木県小山市大字乙女 795
		診療科目	内科、循環器科、呼吸器科、アレルギー科、腎臓内 科、透析センター、小児科、眼科、外科、消化器・ 肛門科、整形外科、リウマチ科、皮膚科、放射線 科、
			リハビリテーション科
			協力内容
協力歯科医療機関	名称	-	
	住所	-	
	協力内容	-	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 (一般居室個室)	
判断基準の内容	事業者が適切な介護を提供するために必要と判断する場合。	
手続きの内容	変更を行う場合、次の手続きを書面にて行うものとする。 一 事業者の指定する医師の意見を聴取する。 二 入居者の意見を確認する。 三 入居者の身元引受人の意見を確認する。 また、居室の変更により入居者の権利や利用料金等に重大な変更が生じる場合は、上記の手続きとあわせ、次の手続きを書面で行うものとする。 一 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける。 二 住み替え後の居室の概要、費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明を行う。 三 入居者の同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	概ね 65 歳以上	
契約の解除の内容	一 入居者が死亡したとき 二 事業者が解除の意思表示をなし、かつ、催告期間中に解除原因が解消しなかったとき 三 入居者が解約を行ったとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 二 月払い利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき 三 長期不在に関する届出を行わずに6ヶ月以上不在にしたとき 四 入居契約書第20条に記載の「禁止又は制限される行為」の規定に違反したとき 五 入居者の行動が、他の入居者又は職員に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ施設における通常の介護方法又は接遇方法等ではこれを防止することができないとき 六 共同生活の秩序を乱す行為があったとき 七 入居者の健康状態が悪化し、継続的に医療行為が必要となり、施設で対応が困難であると判断したとき
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日3食付 5,500円 ※最大6泊7日) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	30 人	
その他		

5. 職員体制（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	0	1	0.2
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	10	0	10	5.0
介護職員	10	0	10	5.0
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	1	0	1	0.2
調理員	1	1	1	1.0
事務員	0	0	0	0
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	2	0	3
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	11	0	3
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0

作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20 時～ 7 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1 人	1 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	—

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	— 人
	訪問介護事業所の名称	—
	訪問看護事業所の名称	—
	通所介護事業所の名称	—

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称	ここをクリックしてテキストを入力してください。								
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事し る 数	1年未満	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	0	4	0	0	0	0	0
	3年以上	0	0	0	2	0	0	0	0	0
		0	0	0	2	0	0	0	0	0

5 年未満											
5 年以上 10 年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
10 年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				1	あり	2	なし				

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案した上で改定する場合あり。
	手続き	① 運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとする。 ② あらかじめ入居者及び身元引受人等と書面にて合意するものとする。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度	要介護 1	要介護 1
	年齢	65 歳以上	65 歳以上
居室の状況	床面積	9.94 m ²	9.94 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	1,080,000 円	0 円
	敷金	- 円	- 円
月額費用の合計		110,300 円	140,300 円
家賃		16,000 円	46,000 円
ス	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	0 円	0 円

介護 保険 外 ※ ₂	食費	42,000 円	42,000 円
	管理費	52,300 円	52,300 円
	介護費用	0 円	0 円
	光熱水費	0 円	0 円
	その他	0 円	0 円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	地代、建設費、修繕費、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出
敷金	—
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、各居室の水光熱費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費
食費	食材原価及び人件費等を勘案して算出
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	サービス提供のための人件費 別添2
その他のサービス利用料	—

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	—
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	—
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	—
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	前払金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は家賃に順ずる。
想定居住期間（償却年月数）	36 ヶ月

償却の開始日		現実の入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）		0 円
初期償却率		0%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	前払金を全額返還した上で、次の計算式に基づき計算し、求められた額をお支払いいただきます。 ① 前払金÷前払金償却期間の月数÷30 ② ①×滞在期間(初日参入)
	入居後 3 月を超えた契約終了	次の計算式に基づき計算し、求められた額を返還します。 前払金÷前払金償却期間の日数×(前払金償却期間の全日数－実際の退去日までの日数(初日参入))
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	—
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	株式会社りそな銀行
	3 保証保険を行う保険会社の名称	—
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称:)	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	9 人
	女性	17 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	18 人
	85 歳以上	5 人
要介護度別	自立	3 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	9 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	3 人

	要介護 4	3 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6 ヶ月未満	4 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	8 人
	5 年以上 10 年未満	7 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	83.2 歳
入居者数の合計	26 人
入居率※	93.3%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	7 人
	医療機関	1 人
	死亡者	3 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) 該当なし	
	入居者側の申し出	9 人
	(解約事由の例) ・社会福祉施設への入所 ・医療機関への長期入院 等	

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		あずみ苑 ラ・テラス新古河
電話番号		0280-61-2721
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30
	土曜	8:30 ~ 17:30

	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30
定休日		なし
窓口の名称		株式会社レオパレス21
電話番号		03-5350-0124
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜	9:00 ~ 18:00
	日曜・祝日	9:00 ~ 18:00
定休日		年末年始
窓口の名称		加須市役所 福祉部 高齢者福祉課
電話番号		0480-62-1111
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土、日、祝祭日、年末年始
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
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土、日、祝祭日、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"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の介護保険、社会福祉事業者総合保険に加入。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 上記損害賠償責任保険にて対応
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 26 年 10 月 1 日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1	あり	(開催頻度) 年 2 回
	2	なし	
	1	代替措置あり	(内容)
	2	代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1	あり (提携ホーム名: あずみ苑グランデ草加等、 同法人が運営する有料老人ホーム ※20ヶ所)	
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	1	あり (平成 21 年 4 月 27 日届出)	
	2	なし	
	3	サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1	あり (平成 年 月 日登録)	
	2	なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1	あり (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針)	
	2	なし	
合致しない事項がある場合の内容			
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1	適合している (代替措置)	
	2	適合している (将来の改善計画)	
	3	適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	あり		
不適合事項がある場合の内容	① 居者 1 人あたりの居室面積を 13 m ² 以上とすべきところ、9.94 m ² ~10.77 m ² となっている。 ②廊下幅は、手すりの内法を 2.7m以上とすべきところ、1.6mとなっている。		

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

上記の内容について、お客様に説明を行い、お客様の確認及び同意を得て、交付しました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業者名 株式会社レオパレス 2 1

事業所名 あずみ苑 ラ・テラス新古河

説明者 _____ 印

上記のすべての内容について、説明を受け、同意及び確認をし、交付を受けました。

同意及び確認年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

入居者名 : _____ 印

身元引受人 : _____ (続柄 _____) 印

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑ラ・テラス新古河 他1箇所	埼玉県加須市向古河2439-1
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑 グランデ草加他 1箇所	埼玉県草加市新善町502番
訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑上尾 他17箇所	埼玉県上尾市大字上野221-9
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑上尾 他18箇所	埼玉県上尾市大字上野221-9
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑 グランデ草加	埼玉県草加市新善町502番
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑上尾 他17箇所	埼玉県上尾市大字上野221-9
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑ラ・テラス新古河 他1箇所	埼玉県加須市向古河2439-1
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑 グランデ草加他 1箇所	埼玉県草加市新善町502番
介護予防訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑上尾 他17箇所	埼玉県上尾市大字上野221-9
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑上尾 他18箇所	埼玉県上尾市大字上野221-9
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あずみ苑 グランデ草加	埼玉県草加市新善町502番
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

<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	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/>		

別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし	あり	備 考	
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2		料金※3
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	1回(30分)1,210円、1回(60分)2,106円
身辺介助	なし	あり	なし	あり		○	1回(15分)605円	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	1回(15分) 605円、1回(30分)1,210円
入浴介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	1回(30分)1,210円、1回(60分)2,106円
機械浴介助	なし	あり	なし	あり			-	
おむつ代	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	リハビリパンツ 84円、テープ式 73円、フラット式 52円、尿取りパット 52円
外出支援	なし	あり	なし	あり		○	1回(30分)1,210円	以降 30分毎に 1,053円加算
通院時院内介助	なし	あり	なし	あり		○	1回(30分)1,210円	以降 30分毎に 1,053円加算
生活サービス								
食事提供	なし	あり	なし	あり		○	1日 1,400円	朝：320円、昼：540円、夕：540円
個別対応食	なし	あり	なし	あり		○	1食 60円加算	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	1回 110円	
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1回(15分) 272円	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1回(15分) 272円	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回 272円	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	1回(30分)545円、1回(60分)1,090円
役所手続き代行（加須市のみ）	なし	あり	なし	あり		○	1回 545円	

金銭管理	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	1ヶ月 3,300円	
ごみ収集	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○		月額利用料に含む	毎日回収
深夜巡回	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○		月額利用料に含む	2回/日
生活相談・助言	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○		月額利用料に含む	
レクリエーション・行事	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	実費	材料費等で実費を徴収する場合あり
理美容師による理美容サービス			なし	<input type="checkbox"/> あり		○	実費	
共用部分の清掃	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり	○		月額利用料に含む	廊下、リビング・ダイニング、浴室等

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス (利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)				包含※ 2		都度※ 2		料金※3		備 考
			なし	あり	なし	あり							
健康管理サービス													
定期健康診断	なし	あり	なし	あり			○			実費			
健康相談	なし	あり	なし	あり	○					月額利用料に含む		随時対応 (医師による)	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○					月額利用料に含む		飲みこぼし防止の為の声かけ、見守り	
健康管理 (生活リズムの記録)	なし	あり	なし	あり	○					月額利用料に含む		希望者のみ	
入退院時・入院中のサービス													
移送サービス	なし	あり	なし	あり						—			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			○			1回 4,211円			
入院中の洗濯物交換・買い物代行	なし	あり	なし	あり			○			1回 2,179円			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。