

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) ぐらーすかすかべ グレース春日部		
所在地※1	(郵便番号 344-0066) 埼玉県春日部市豊町3-5-7		
連絡先	電話番号	048-876-8165	
	FAX番号	048-876-8264	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	"http://www.gracekasukabe.com"	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (東武スカイツリーライン 線 春日部 駅から バス で 10分) <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 (バス停「防災センター前」にて降車 降車後徒歩1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	平成 29年 4月 1日から	令和 9年 3月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
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	平成 29年 4月 1日から	令和 9年 3月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
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	平成 29年 4月 1日から	令和 9年 3月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
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	平成 29年 4月 1日から	令和 9年 3月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

(※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) いりょうほうじんみやびかい 医療法人みやび会		
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 344-0067) 埼玉県春日部市中央2-17-10昭和ビル第3-3階 電話番号 048-797-5802		
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) いりょうほうじんみやびかい 医療法人みやび会		
事務所の所在地	(郵便番号 344-0067) 埼玉県春日部市中央2-17-10昭和ビル第3-3階 電話番号 048-797-5802		

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	32	戸
居住部分の規模	(最小)	18.82	m ²
	(最大)	22.59	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	軽量鉄骨造	
	階段数	地上2階建	
	□耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 □その他 ()		
	建築物の延床面積	1193.8 m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1180.3 m ²)
竣工の年月	2017年3月31日		
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している		
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている		

5 サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input 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	別添入居契約書のとおり
事業開始時期	2017年5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 22,000 円
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 52,812 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 type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" 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 55,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
	(最高) 約 59,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 16,000 円		
	(最高) 約 16,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 110,000 円	家賃の 2 月分	
	(最高) 約 118,000 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	建物賃貸借料、近隣相場等を勘案して算定
共益費(管理費)	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設維持費、水道光熱費等を勘案し算定
敷金	家賃の2ヵ月分
高齢者生活支援サービス	人件費等を勘案し算定
食費	食材費、人件費、水道光熱費等を勘案し算定
その他	人件費、消耗品等を勘案し算定

(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)
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	<input checked="" type="checkbox"/> 減額なし
	<input type="checkbox"/> 日割り計算で減額
	<input type="checkbox"/> 不在期間が 日以上の場合に限り日割り計算で減額
利用料金の改定	条件
	手続き

消費者物価指数等を勘案し料金が不相当となった場合。
運営懇談会で意見を聞き、料金を改定する。

7 サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容 (契約事項)	
管理業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号)) 電話番号
修繕計画	
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実 施予定	頃実施予定
その他計画的な 修繕予定	

8 サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所番号	事業所の場所
グレース春日部訪問介護事業所	訪問介護	1170603334	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
グレース春日部居宅介護支援事業所	居宅介護支援	1170603342	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
はくれん在宅クリニック	内科、眼科、皮膚科	1110603365	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

※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

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営致します。

11 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域に開かれた施設運営を行います。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。

(介護サービスの内容) ※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
		(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	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配		
	<input type="checkbox"/> 入退院の付き添い		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(訪問診療の確保)		
協力医療機関	1	名称	はくれん在宅クリニック
		住所	埼玉県春日部市豊町3-5-7
		診療科目	内科、眼科、皮膚科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容	<input type="checkbox"/> 医師の意見を聞く <input type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く <input type="checkbox"/> 本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
居室賃借権(利用権)の取扱い	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容)
		<input type="checkbox"/> なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	60歳以上または要支援・要介護の者	
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書11条、12条による
	解約予告期間	6カ月
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書13条による
	解約予告期間	1カ月
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	32人	
その他		

1.2 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職員数(実人数) 25人					常勤換算 人数※1
	合計	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1	1				
生活相談員	4			3	1	
直接処遇職員						
介護職員	13				13	
看護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	5			5		
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) 15 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
実務研修の修了者		1			6
初任者研修の修了者					2
介護支援専門員					2

(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					
理学療法士	1	1			
作業療法士					
言語聴覚士					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。
(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 00分～ 9時 00分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	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	濁川 純									
	職名	施設長									
	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 type="checkbox"/> あり		資格等の名称							
		<input checked="" 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		0	0	1	2						
前年度1年間の退職者数		0	0	1	0						
経験年数	1年未満	0	0	1	2						
	1年以上 3年未満	0	0	0	0						
	3年以上 5年未満	1	2	3	5						
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施				<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					

1.3 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	12人
	女性	20人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	13人
	85歳以上	15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	11人
	要介護2	9人
	要介護3	2人
	要介護4	9人
	要介護5	1人

入居期間	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	22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	83	歳
入居者数の合計	32	人
入居率※	100	%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。 一時不在の者も入居者に含む。		

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0	人	
	社会福祉施設	0	人	
	医療機関	5	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	0	人	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	5	人	(解約事由の例) 入院医療機関からの退院が困難なため。

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	ガラス春部
	電話番号	048-876-8165
	対応している時間	9:00~17:00
	定休日	
2	窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課
	電話番号	048-830-3254
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
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	8:30~17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
4	窓口の名称	春日部市消費生活センター
	電話番号	048-736-1111
	対応している時間	月~金曜 10:00~16:00
	定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始
5	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター(川口)
	電話番号	048-261-0999
	対応している時間	月~土曜 9:00~16:00
	定休日	日曜、祝日、年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 福祉事業者総合賠償責任保険 三井住友海上火災保険株式会社
	<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) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施内容		
		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 checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	11	<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	■ あり (開催頻度) 年 2 回	
	□ なし	□ 代替措置あり (内容)
	□ 代替措置なし	
提携ホームへの住み替え※	□ あり (提携ホーム名 :) ■ 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	■ あり □ 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	■ なし	
	□ 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

2023年 月 日

様に対して、【様式21号】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 医療法人みやび会

所在地 埼玉県春日部市中央2-17-10昭和ビル第3-3階

代表者名 理事長 大津雅一

説明者氏名 濁川 純

私は上記事業者から、【様式21号】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	18.82	×	○	○	×	×	○	6	101～103、105～107	57,000
1	19.05	×	○	○	×	×	○	1	108	58,000
1	19.05	×	○	○	×	×	○	1	110	56,000
1	18.82	×	○	○	×	×	○	4	111～113、115	55,000
1	19.05	×	○	○	×	×	○	2	201,213	59,000
1	18.82	×	○	○	×	×	○	9	202、203、205 206～208、210～212	58,000
1	19.05	×	○	○	×	×	○	2	215,225	57,000
1	18.82	×	○	○	×	×	○	6	216～218、220 222～223	56,000
1	22.59	×	○	○	×	×	○	1	221	58,000

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
食堂	1	88.36	1階中央	32	ご自由にお使いください。
一般浴室	2	21.64	2階中央	32	9:00～20:30までの間にご利用可能です。 職員にお声かけください。
機能訓練室	1	56.47	2階中央	32	ご自由にお使いください。
洗濯室	2	11.56	1階東側 2階東側	32	6:00～21:00までの間にご利用可能です。
喫煙所	1	4.06	食堂脇	32	ご自由にお使いください。
共用便所	2	10.12	1階東側 2階東側	32	ご自由にお使いください。
機械浴室	1	19.59	1階中央	32	職員にお声かけください。

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	■ 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	

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 checked="" 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 type="checkbox"/> 上記以外の法人等			
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 3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	朝、昼、夜の食事サービスのお声掛け				毎日 3 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	9 時 00分	~	9 時 00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	各居室設置の緊急通報ボタン				
通報先	1階事務室及び担当職員のPHS		通報先から住宅までの到着予定時間 1分			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 22,000 円	前払金の算定方法			
	前払金	約 円				
備考	医療法人みやび会は、生活支援サービスを提供します。 夜間の緊急通報サービスは、1階事務所に併設された訪問介護事業所の介護スタッフが、サービス付き高齢者向け住宅の職員を兼務しサービスを提供します。					

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input 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 52,812 円	内訳	朝食 464 円	昼食 648 円 夕食 648 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法		
備考	上記月額料金は1カ月(30日)の場合の金額です。1カ月の食数に応じて月額の料金は変わります。 食事をキャンセルする場合は、6日前午前09時までに申し出た場合は料金が発生しません。 ソフト食は(1食あたり103円追加)及びとろみ食(とろみ剤実費負担)にも対応可能です。				

※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 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"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	基本サービス(取次・手配業務・アクティビティ等)及びオプションサービス(洗濯サービス等)			
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 医療法人みやび会は、生活支援サービスを提供します。基本サービス費用は状況把握及び生活相談サービス料金 月額22,000円(税込)に含まれます。 その他、介護保険外サービス(まごころサービス)を利用できます。家事・ケアなど介護保険が適応されない私費 サービスを提供しています。					

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			備考	
			包含 ※1	都度 ※2	料金（税込）		
介護サービス							
食事介助	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	2,200円/30分	まごころサービス適応に限る（9：00～17：00）
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	2,200円/30分	まごころサービス適応に限る（9：00～17：00）
おむつ代	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
入浴（一般浴）介護・清拭	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	2,200円/30分	まごころサービス適応に限る（9：00～17：00）
特浴介助	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	2,200円/30分	まごころサービス適応に限る（9：00～17：00）
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	2,200円/30分	まごころサービス適応に限る（9：00～17：00）
機能訓練	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	2,200円/30分	まごころサービス適応に限る（9：00～17：00）
生活サービス							
居室清掃	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	1,650/30分	まごころサービス適応に限る
リネン交換	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		1,650/30分	まごころサービス適応に限る
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		1,650/30分	まごころサービス適応に限る
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
嗜好に応じた特別食	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
おやつ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
理美容サービス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		実費	
買物代行	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		1,650/30分	まごころサービス適応に限る
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
金銭・貯金管理	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		550円/月	お小遣い立替サービス適応に限る
健康管理サービス							
定期健康診断	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
健康相談	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	9,900円/月	服薬管理サービス適応に限る
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	5,500円/1回	救急車同乗サービス適応に限る
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 checked="" 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決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	グラス春日部訪問介護事業所	春日部市豊町3-5-7
訪問入浴介護	0		
訪問看護	1	おおつ整形外科	春日部市中央2-17-10昭和ビル3階
訪問リハビリテーション	1	おおつ整形外科	春日部市中央2-17-10昭和ビル3階
居宅療養管理指導	1	はくれん在宅クリニック	春日部市豊町3-5-7
通所介護	0		
通所リハビリテーション	1	おおつ整形外科	春日部市中央2-17-10昭和ビル3階
短期入所生活介護	0		
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	グラス春日部居宅介護支援事業所	春日部市豊町3-5-7
<介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	1	グラス春日部訪問介護事業所	春日部市豊町3-5-7
介護予防訪問入浴介護	0		
介護予防訪問看護	1	おおつ整形外科	春日部市中央2-17-10昭和ビル3階
介護予防訪問リハビリテーション	1	おおつ整形外科	春日部市中央2-17-10昭和ビル3階
介護予防居宅療養管理指導	1	はくれん在宅クリニック	春日部市豊町3-5-7
介護予防通所介護	0		
介護予防通所リハビリテーション	1	おおつ整形外科	春日部市中央2-17-10昭和ビル3階
介護予防短期入所生活介護	0		
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	0		
<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		

生活支援サービス重要事項説明書

1. 生活支援サービス等提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業者の名称	イリョウハウジン ミヤビカイ	
	医療法人 みやび会	
事業者の所在地	〒 334-0067	
	埼玉県 春日部市中央2-17-10 昭和ビル3F	
事業者の連絡先	電話番号	048-797-5802
	FAX番号	048-752-5281
	ホームページアドレス	http://www.otsuseikei.com/
事業者の代表者名	理事長 大津 雅一	

2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	イリョウハウジン ミヤビカイ	
	医療法人 みやび会	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 334-0067	
	埼玉県 春日部市中央2-17-10 昭和ビル3F	
事業主体の連絡先	電話番号	048-797-5802
	FAX番号	048-752-5281
	ホームページアドレス	http://www.otsuseikei.com/
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	大津 雅一
	職名	理事長
事業主体が行っている主な事業等	リハビリテーション	

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
住宅の名称	グラスカスカベ グラス春日部
住宅の所在地	〒344-0066 埼玉県 春日部市豊町3-5-7
住宅の連絡先	電話番号 048-876-8165
	FAX番号 048-876-8264
	ホームページアドレス http://www.gracekasukabe.com/
住宅の管理者名	医療法人みやび会
住宅の開設年月日	2017年5月15日
居住の契約方式	普通賃貸借契約

4. 生活支援サービス等の概要（介護保険サービス事業所の選択は入居者の自由となります）

生活支援サービス等に関する方針等		
医療法人みやび会は、ご入居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出来るよう、生活する上での目標設定及び目標達成のご支援のため、ご入居者個別のアセスメントに基づき、在宅生活支援計画を立案し、生活支援サービス等を提供致します。またご入居者には、グラス春日部に安心して住み続けられるよう、在宅介護サービス及び在宅医療サービスを複合的に利用戴くためのご支援を行います。		
入居にあたっての事前の情報収集(アセスメント)について		
医療法人みやび会は、ご入居いただく方に安全で快適な生活を永く送っていただくために、以下の手順で事前のアセスメントを実施させていただきます。		
①	身体状況についてのアセスメント	生活支援、居宅介護支援、在宅医療それぞれについて、アセスメントを実施させていただきます。アセスメント結果に基づき、本建物にてどのような生活を送っていただくかを在宅生活支援計画等に位置付けます。
②	賃貸契約にあたっての与信調査	入居に当たっての与信調査等を行います。(アセスメントおよび与信調査の結果により、ご入居できない場合もございます。)
サービスプランの策定について		
医療法人みやび会は、ご入居者個別のアセスメントに由来する心のもったおもてなしを大切にしたいと考えております。個々のご入居者に合ったプランを策定し、見直しを重ねることで、常にご入居者およびご家族にご満足いただけるサービスを提供させていただきます。サービスプランは、以下のように策定いたします。		
①	在宅生活支援計画の作成	日常生活のご様子の確認(アセスメント)を基にして、生活全般に関する計画を策定いたします。その際、ご入居者の目標とその達成に向けた具体的な介護サービスとして、管理及び生活支援サービス等、介護保険、医療的サービスを組み合わせた計画を策定させていただきます。(なお、介護保険サービスについては、医療法人みやび会以外の事業者のサービスも利用することができます。)
②	計画の見直し	在宅生活支援計画、居宅サービス計画、訪問介護計画は、ご入居者のご様子に合わせて、適宜見直しを提案します。その際、目標の達成度、身体状況の変化などによる、各計画に位置付けられるサービス内容変更により、サービス料金の変更になる場合がございます。

介護保険サービスを優先したサービスプランのご提案

ご入居者が希望されるサービスが介護保険サービスを利用すべき内容であると医療法人みやび会が判断した場合は、医療法人みやび会がご入居者に対して介護保険サービスを優先したサービスプランを提案します。

利用中の生活支援サービス等の一部を介護保険サービス又はまごころサービスに切り替えるご提案

医療法人みやび会は、ご入居者へ提供している生活支援サービス等が、利用頻度、一回あたりの利用時間、利用内容等、ご入居者個別の具体的な利用状況に照らして、ご入居者へ介護保険サービスもしくはまごころサービスを提供する事が適切且つ相当であると判断した場合、ご入居者に事前にその旨を通知した上で、生活支援サービス等の一部を介護保険サービスもしくはまごころサービスへ切り替えることを提案します。

個別の対応が5分を超える基本サービスの取扱い

医療法人みやび会がご入居者の居室を訪問する等、ご入居者個別の対応を行う場合の生活支援サービス等の提供時間は、一回あたり5分を上限とさせていただきます。但し、緊急時対応の際はこの限りではありません。
ご入居者が、見守りや安否確認、生活のお手伝い、短時間介護などの個別の対応が5分を超えるサービスを希望する場合は、医療法人みやび会が介護保険サービスを優先したサービスプランを提案します。介護保険サービスは、介護保険法令にて給付が可能となるサービスをご提供するため、介護保険適用とならないサービスについては、まごころサービスを組み入れたサービスプランを提案します。

注1) 在宅生活支援計画に位置付けられるサービスは、基本サービスおよび食事提供、集団で行う催し(イベント)・生活を楽しく快適、心と体に働きかける音楽活動、絵画、書道、演劇等の様々な活動(アクティビティ)とさせていただきます。

注2) 食事提供についてご入居者1名に対してスタッフ1名での介助が必要な場合には、介護保険サービスまたはまごころサービスにあらかじめ位置付けさせていただきます。(別途サービス料金がかかります。)

サービス開始までのスケジュール

①	資料請求・ご見学	ご案内書類をご郵送いたします。事前にご予約いただき、ご見学いただくことができます。設備や共有部、サービスに関するご説明をいたします。
②	お申込み	ご入居ご希望の方に、申込書をご記載いただき、申込受付をいたします。(※なお、申込有効期限は2週間とさせていただきます。その期間に入居に関するご契約をさせていただきますよう、よろしくご願ひ申し上げます。) 【必要書類】●入居申込書●ご入居希望者様の身分証明書(免許証、後期高齢者医療被保険者証など)●ご入居希望者様の収入証明書(年金等収入のわかるもの)●連帯保証人様の身分証明書(免許証等)●連帯保証人様の収入証明書(源泉徴収・課税証明など収入のわかるもの)●身元引受人様の身分証明書(免許証等)
③	入居審査とアセスメント	お申込み後、入居審査とアセスメントをさせていただきます。アセスメントにお伺いするまでに、以下の書類をご準備いただき、ご提出いただけますようよろしくお願い申し上げます。 【必要書類】●診察情報提供書(300円程度かかる場合がございます)●介護保険証コピー●現在の居宅サービス計画書(1)～(3)●お薬手帳もしくはお薬の名称のわかる書類
④	サービス利用にかかる重要事項のご説明	入居およびサービス利用にあたっての、重要事項のご説明をさせていただきます。 ●登録事項等についての説明(高齢者住まい法第17条関係)
⑤	日常生活のご様子確認(アセスメント)	ご入居希望者様の体調や生活のご様子などをお伺いします。
⑥	契約前入居審査	日常生活のご様子など、新たにお伺いした内容をもとに入居に関する審査をさせていただきます、その結果をご連絡いたします。
⑦	サービスプランのご提案(サービス料金見積もり)	アセスメントの結果、サービスに関する計画案(在宅生活支援計画・居宅サービス計画・訪問介護計画)および料金についてのご説明を行い、費用面の見積内容をご提示いたします。
⑧	契約日時の設定	ご入居可能であれば契約手続きの日時を設定させていただきます。

⑨	入居のご契約	必要書類の確認および各種契約を行い、ご入居までのスケジュール確認をさせていただきます。	
		ご契約書類	●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●火災・家財保険契約書
		ご入居者必要書類	●住民票●身分証明書●実印●印鑑証明書●収入証明書●口座振替依頼書●家賃引落とし口座通帳と通帳届出印
		連帯保証人必要書類	●身分証明書●実印●印鑑証明書●収入証明書
		身元引受人必要書類	●印鑑(シャチハタ不可)●住民票●身分証明書
		※身分証明書…健康保険証・介護保険証・運転免許証・パスポート等のコピー ※収入証明書…住民税課税証明書・源泉徴収等の原本 ※印鑑証明書・住民票…発行日より3か月以内の原本 ※お申込み及びアセスメント時にご提出いただいた書類は再提出の必要はありません。	
⑩	ご入居月賃料等のご入金	ご案内に基づき、ご入居月の賃料等をお振込み手続きをお願いいたします。 ※賃料・共益費・サービス費・食費の初月日割分及び翌月分を前払いとして事前に入金いただきます。ご入居後は、前月27日に翌月分をご指定口座より引き落とし致します。 ※月額費用を前払いいただきます(賃料・共益費・サービス費・食費)	
⑪	介護保険サービス等に関するご契約	医療法人みやび会の介護保険サービス契約を締結する方に介護保険ご利用にあたってのご説明および契約手続きをさせていただきます。また、医療的サービスのご契約も同時に行うことができます。	
⑫	引っ越しの手続き	お引越し日時が決まりましたら、スタッフまでご連絡ください。	
⑬	ご入居当日	居室の鍵をお渡しし、ご入居にあたっての仕組みやお約束事の説明(オリエンテーション)をさせていただきます。	
⑭	サービス開始	生活支援サービス(介護保険外)をご利用いただけます。 ⑪で医療法人みやび会と介護保険サービスを契約された方は、ご入居日より介護保険サービスをご利用いただけます。	

5. 生活支援サービス等の内容

基本サービス(必須サービス)(生活支援サービス契約書第2条記載のとおり、弊社として必ず行うサービス)の内容 ※以下のサービスは医療法人みやび会の職員が行います

ご入所者負担	22,000円(税込)	<input type="checkbox"/>

サービスの種類		提供内容
管理サービス	有人による管理	日中のみ365日有人管理体制にて、本建物を管理します。
	取次業務	来客時の受付およびご入居者への取次、クリーニング、新聞、出前、宅急便の取次等を行います。
	手配業務	タクシー、食料品・日用品宅配、訪問理美容等の手配を行います。
	貸出業務	電話、救急用具等の貸出を行います。
	搬入・搬出時の立会	入退去時における、搬入・搬出時の立会を行います。
	共用部の見回り	日中(午前9時～午後17時)に1回、夜間(午後17時～翌午前9時)に1回、共用部(集会所・リビング・廊下・浴室など)の見回りを行います。ただし、共用部の見回りによりご入居者の救命や犯罪防止などを確約するものではありません。
	生活のお手伝い	ごみ収集(粗大ゴミ処理券、その他実費は別途ご負担いただきます。)、居室内の電球交換(電球代、その他実費は別途ご負担いただきます。)、その他安否確認時に 5分以内 で可能な作業を行います。但し、介護保険サービスにて定期サービスとしての位置付けが可能なサービスは、介護保険サービスの適用を優先します。
在宅生活支援計画書の作成	①	ご入居者の日常生活の状況及びご入居者もしくは連帯保証人の意向を踏まえ、サービスプラン表を作成し、ご入居者もしくは連帯保証人に説明し、これに従ってサービスを提供します。
	②	ご入居者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合は、速やかにサービスプラン表の変更等の対応を行います。
	③	生活支援サービス契約に基づき提供されたサービス等について、医療法人みやび会は記録をとるものとします。なお、その記録は、ご入居者もしくは連帯保証人の求めに応じて閲覧に供し、又はご入居者もしくは連帯保証人にその写しを交付します。
随時対応(ケアコール)	館内や専用部内のケアコール端末を利用した随時対応サービスです。ご入居者がケアコールを利用された際は、医療法人みやび会のスタッフは相談援助を行います。ただし、他のご入居者へのサービス提供が同日同時刻に複数重なった場合等においては、随時対応を即時にできないことがあります。	

状況把握・生活相談サービス

<p>随時訪問</p>	<p>随時対応の際に、その必要性に応じて居室への訪問を行い、短時間介護、もしくは安否確認、もしくは緊急時対応などのサービスを提供します。緊急時対応を除き、対応時間は5分以内とします。他のご入居者へのサービス提供が同日同時に複数重なった場合、又は随時対応によるご入居者からの要望の内容によっては、随時訪問が遅れることがあります。</p>	
<p>緊急時対応</p>	<p>①</p>	<p>・24時間365日、各居室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び医療法人みやび会職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、医療法人みやび会職員が駆けつけ、ご入居者の体調不良時などにおいて、ご家族への連絡、医師・看護師への連絡、救急車両の手配などを行います。ただし、医療法人みやび会は、医療処置その他救命・手当てに関わる処置は行うことができませんので、入居者への救命などを保証するものではありません。</p>
	<p>②</p>	<p>救急車両の手配時には、医師または救急隊員に対してご入居者の情報提供を行います。ただし、救急車両への同乗は緊急時対応には含まれておりません。</p>
	<p>③</p>	<p>病院等への救急車両による搬送は、あくまでご入居者の意思を尊重して行うものであり、ご入居者に搬送を強要するものではありません。病院等への救急車両による搬送に関し、医療法人みやび会とご入居者との間で別途覚書を締結した場合、医療法人みやび会はこれに従うものとします。なお、医療法人みやび会は、ご入居者との間で、緊急搬送を行わない旨の覚書を締結した場合及びご入居者が搬送を拒絶した場合におけるご入居者の体調変化等に対する責任を一切負いません。</p>
<p>安否確認</p>	<p>安否確認のため、1日に1回以上、ご入居者への声かけ(居室訪問を含む)を行います。ただし、ご入居者の体調不良や病気等の予見を約束するものではありません。また、声かけの時間の指定はできません。</p>	
<p>イベント・アクティビティの開催</p>	<p>定期的にイベントやアクティビティを開催します。なお、イベント・アクティビティの内容によっては、各種講座・イベント参加費や材料費などご入居者の実費負担が必要となる場合があります。</p> <p>※アクティビティ＝生活を楽しく快くし、心と体に働きかける音楽活動、絵画、書道、演劇等の様々な活動</p>	
<p>食事の配膳・下膳</p>	<p>本建物の食堂において、食事(朝・昼・夕)の配膳及び下膳を行います。なお、食事代金については実費負担となります。</p>	

生活相談サービス(介護サービス相談受付)	①	ご入居者が介護保険を利用するにあたってのご相談、その他のご相談を承ります。なお、ご相談に対応するにあたり、外部の専門家との相談等別途費用が必要となる場合、その実費はご入居者が負担するものとします。
	②	ご入居者及び連帯保証人の医療法人みやび会に対するご相談内容により、居宅介護支援事業者、訪問介護事業者等による対応が必要であると医療法人みやび会が判断した場合には、医療法人みやび会の居宅介護支援事業、訪問介護事業のご紹介をさせていただくか、あるいは適切な外部の居宅介護支援事業者、訪問介護事業者等をご紹介させていただきます。なお、居宅介護支援契約、訪問介護契約等については、ご入居者と居宅介護支援事業者、訪問介護事業者等との間で別途締結していただくことになります。

その他の有料サービス(選択サービス)の内容

食事の提供サービス	<p>コース1の場合 49,180円 (30日分) (税込)</p> <p>コース2の場合 52,800円 (30日分) (税込)</p>	① 日額料金	<p>コース1 食事管理費: 22,000円(税込) 906円(朝食216円、昼食345円、夕食345円)(税込)</p> <p>コース2 1,760円(朝食464円、昼食648円、夕食648円)(税込)</p> <p>※ 料金コースについては、コース1またはコース2の選択となります。</p>
		② 支払方法	料金は前月分を毎月27日までのお支払となります。
		③ 提供時間	<p>朝食 午前07時30分～午前08時15分</p> <p>昼食 午前12時00分～午後12時45分</p> <p>夕食 午後06時00分～午後06時45分</p>
		④	ご入居者は、原則として食堂にて食事するものとします。ただし、ご入居者の体調不良などを理由に医療法人みやび会が相当と判断した場合には、食堂以外で食事提供する場合があります。その場合においては、有料サービスとして別途費用を申し受けることがあります。
		⑤	ご入居者は、事前に医療法人みやび会が指定した日時までに申込をするものとします。
		⑥	食事をキャンセルする場合は、医療法人みやび会に対して6日前の午前09時までに申し出た場合は料金は発生しないものとし、6日前の午前09時までの申し出ができなかった場合は料金を支払うものとします。ただし、緊急の入院等やむをえない理由により、6日前の午前09時までの申し出ができなかった場合は除きます。
		⑦	ソフト食については、1食あたり103円(税込)追加となります。
		⑧	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。

まごころサービスの概要		
まごころサービスとは、基本サービス及び介護保険サービスでは対応できないサービスをお客様のニーズに合わせて総合的にサポートするサービスです。医療法人みやび会は、指定の時間帯において、ご入居者が選択したサービスを提供します。サービス内容は「まごころ家事コース」「まごころ家事コースプラス」「まごころケアコース」の3種類のコースがあります。ただし、専門的・医療的な知識・技術を必要とするサービスは行えません。		
介護保険対象のサービスをまごころサービスと併用される場合の注意点		
①	まごころサービスは、法定代理受領サービスではありませんので、介護保険の給付対象にはなりません。したがって、提供したまごころサービスを介護保険対象のサービスに振り替えることはできません。	
②	医療法人みやび会は、まごころサービスの提供にあたり、介護支援専門員及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めます。	
まごころサービスプラン表		
医療法人みやび会は、ご入居者の日常生活の状況およびその意向を踏まえ、「まごころサービスプラン表」を作成します。まごころサービスは、「まごころサービスプラン表」に沿って計画的に提供します。		
まごころサービス提供の記録等		
①	医療法人みやび会が、まごころサービスを提供した際には、あらかじめ定めた「まごころサービス実施記録書」の書面に必要事項を記入して、ご入居者の確認を受けます。ご入居者の確認を受けた後、その控えをご入居者に交付します。	
②	サービス提供時に、ご入居者又はそのご家族など確認できる方がいないときは、後日まとめて確認していただきます。	
③	医療法人みやび会は、「まごころサービス実施記録書」を本契約の終了後2年間は適正に保管し、ご入居者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担(1枚10円)によりその写しを交付します。	
サービス内容のコース区分および料金表		
コース名	30分あたりの料金(税込)	以後30分毎の料金(税込)
	サービス内容	
<まごころ家事コース> >日常的に実施される範囲の家事を行います	1,650円	1,650円
	1.掃除、2.洗濯、3.ベッドメイク、4.調理、5.配膳・下膳、6.買い物、7.薬の受け取り、8.その他	
<まごころ家事コースプラス> >家事コースの範囲外の家事等を行います	1,980円	1,980円
	9.大掃除、10.屋外清掃、11.衣替え、12.その他	

<まごころケアコース> 介護が必要なご入居者に介護を中心とした一連のサービスを行います	2,200円	2,200円
	14.見守り、15.ベッドメイク(介助含)、16.調理(専門的配慮有)、17.外出介助(買い物)、18.外出介助(通院)、19.外出介助(その他)、20.体位交換、21.移乗、22.移動、23.食事介助、24.水分補給、25.服薬介助、26.排泄介助(トイレ)、27.排泄介助(ポータブル)、28.排泄介助(尿器/便器)、29.排泄介助(おむつ)、30.全身浴、31.シャワー浴、32.手浴・足浴、33.洗髪、34.清拭、35.更衣介助、36.洗面介助、37.口腔ケア、38.身体整容、39.起床介助、40.就寝介助、41.その他	

※ サービス内容が複数のコースにまたがる場合は、そのコースの中で最も料金の高いコースを適用させていただきます。
 ※ サービス開始時点から1時間以降のサービスは、30分単位となります。
 ※ サービス時間は1時間単位となります。万一、サービス提供開始時点から1時間未満のサービスを特にご希望されてご利用された場合も、1時間分のサービス料金を申し受けます。
 ※ 上記料金はまごころヘルパーが1名の場合の料金です。ご入居者の同意を得て、まごころヘルパーが複数名で訪問した場合は、上記の料金に人数を乗じた料金となります。
 ※ 介護保険サービスに引き続き家事コースをご利用の場合に限り、15分825円/20分1100円(いずれも税込)でご利用できます。20分を超えてご利用の場合は、上記の料金表記載通りとなります。

割増料金表

割増条件	割増率
早朝(午前6時～午前8時)・夜間(午後6時～午後10時)	25%割増
日曜・祝祭日	30%割増
特定期間(ゴールデンウィーク、お盆、年末年始)	40%割増

※ 上記表の複数の割増条件にあてはまる場合は、その条件の中で最も高い割増率のみを適用させていただきます。
 ※ ご入居者の同意を得て、まごころヘルパーが2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

キャンセル料

ご入居者がまごころサービスの利用を中止する際には、すみやかに医療法人みやび会までご連絡ください。ご入居者の都合でまごころサービスを中止にする場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。なお、前日及び当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承ください。ただし、体調不良等による不測の事態発生の場合にはキャンセル料は発生しません。

時間	キャンセル料
サービス利用日の前日の営業時間内まで	無料
サービス利用日の前日の営業時間以降	料金の30%
サービス利用日の当日のまごころヘルパー到着前	料金の50%
サービス利用日の当日のまごころヘルパー到着後	料金の100%

サービスの種類	料金(税込)	提供内容
洗濯物サービス	550円 ／1網	医療法人みやび会は、1網550円にて、ご入居者の衣類の洗濯物サービスを承ります。この場合、家庭用洗濯機で通常の作業での洗濯物サービスとさせていただきます。ただし、ご入居者の衣類を傷める可能性がある等、内容によってはお断りさせていただくことがあります。 ご入居者の介護保険サービスに洗濯物サービスが位置づけられていた場合は、洗濯物サービスは介護保険サービスでのご利用を優先します。
お小遣い立て替えサービス	550円 ／月	医療法人みやび会は、連帯保証人から申し出があった場合、ご入居者のお小遣い立て替えサービスを承ります。管理するお小遣いの限度額は、ご入居者お1人あたり10,000円とします。なお、医療法人みやび会は、必要と判断した場合、連帯保証人に対して、限度額の追加依頼をすることができます。 医療法人みやび会は、毎月1回、連帯保証人に対して立て替えたお小遣いの使用明細書を発行します。
エアコンフィルター掃除サービス	550円 ／1回	医療法人みやび会は、1回550円にて、ご入居者の居室のエアコンフィルター掃除のサービスを承ります。この場合、家庭で通常行われる簡易な作業での掃除サービスとさせていただきます。ただし、エアコンの使用状況等によりエアコン本体を傷める可能性がある等、内容によってはお断りさせていただくことがあります。
お薬管理サービス	9,900円 ／1月	医療法人みやび会は、ご入居者が自身で服薬管理(内服・外用)ができなくなった場合、医療機関・薬局と連携し、医師の処方に基づき、入居者にかわりお薬の管理や、内服薬・外用薬の服用の介助をいたします。ただし、注射や点滴等、専門の医療資格が必要な場合はご対応できません。
救急車同乗サービス	5,500円 ／1回	医療法人みやび会は、ご入居者が救急車で緊急搬送されることとなった際に、ご家族または連帯保証人・身元引受人から申し出があった場合は、介護スタッフ等が救急車に同乗し搬送先の病院まで付き添いいたします。ただし、同時刻に緊急対応が重なった場合など、同乗できない場合もございます。 付き添いは、ご家族または連帯保証人・身元引受人等が搬送先の病院へ駆けつけるまで、または緊急搬送後3時間までとさせていただきます。

6. 生活支援サービス等職員体制

生活支援サービス等職員体制等			
生活支援サービス等職員			
	人数	サービス提供事業者及び委託事業者	
生活支援サービス等職員	6人～12人	医療法人みやび会	
調理スタッフ	2人～4人	医療法人みやび会	
夜間の職員体制 常駐の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0人	
提携医療機関			
医療機関名	はくれん在宅クリニック		電話番号
住所	埼玉県春日部市豊町3-5-7		048-876-8345
協力医療機関			
医療機関名		電話番号	
住所			
診療科目			
医療機関名		電話番号	
住所			
診療科目			

7. 月額利用料の請求及び支払方法

基本サービス			
支払期限	サービス提供月の前月27日まで	振込 口座	振込先金融機関名：三井住友銀行 春日部支店 預金：普通 口座番号：7702192 口座名義人：医療法人みやび会グレース春日部 振込手数料負担者：借主
支払方法	振込または口座振替		
別途有料の選択サービス※介護保険サービス除く			
支払期限	サービス提供月の翌月27日まで	振込 口座	振込先金融機関名：三井住友銀行 春日部支店 預金：普通 口座番号：7702192 口座名義人：医療法人みやび会グレース春日部 振込手数料負担者：借主
支払方法	振込または口座振替		

8. 生活支援サービス等利用者からの苦情に対応する窓口等

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

窓口の名称	グラス春日部	
電話番号	048-876-8165	
対応している時間	平日	24時間365日
	土曜	
	日曜	
	祝日	
定休日	無し	
苦情への対応	苦情があった場合は、ご入居者の状況を把握するために必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行います。把握した内容をもとに検討を行ない、今後の対応を決定します。必要に応じて関係者への連絡調整を行ない、ご入居者に対して、対応方法や結果の報告を行います。	
	埼玉県福祉部高齢者福祉課（直通電話）048-830-3254 埼玉県都市整備部住宅課（直通電話）048-830-5562 （土曜・日曜・祝日・12/29～1/3を除く 8時30分～17時15分）	
	埼玉県消費生活支援センター（川口）（相談専用）048-261-0999 （日曜・祝日・12/29～1/3を除く 9時00分～16時00分）	
	春日部市消費生活相談センター 048-736-1111 （木曜・土曜・日曜・祝日・12/29～1/3を除く 10時00分～12時00分 13時00分～15時30分）	
	医療法人みやび会 苦情相談窓口 048-876-8165	
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		
緊急時の対応	サービスの提供中にご入居者の容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、看護師、救急隊、居宅介護支援事業所等、関係機関への連絡をいたします。同時にご家族へのご連絡もさせていただきます。	
事故発生時の対応	ご入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医または関係医療機関、区市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。 また、事故の状況及び事故に際して採った処置について状況報告書を作成し、その内容を上長に報告した後、社内に公表し再発防止に努めます。状況報告書は作成後2年間保管することとします。 また、サービスの提供にともなって、医療法人みやび会の責めに帰すべき事由によりご入居者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な賠償義務の履行を誠実にすることとします。	
高齢者虐待防止について	ご入居者の人権の擁護・虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、ご入居者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。	

9. 生活支援サービス等利用に当たっての留意事項

生活における危険性(リスク)について

私どもは、ご入居者のご自宅である本建物において、ご入居者の管理をすることなく、プライバシーや自由が守られた生活を送っていただけるようなサービスをご提供いたします。ご入居者の安全を第一に考えたサービスをご提供するために、万全を期してまいります。スタッフの目の届かない場所で起こる以下のようなリスクも潜んでいることを事前にご了解いただきたいと考えております。

- ① 自室・非常階段などでの転倒・転落
- ② ご入居者のご希望によるお一人での入浴時の事故
- ③ 徘徊等による外出
- ④ ご入居者のご希望による、お一人でのお食事時の誤嚥
- ⑤ 病状の急変
- ⑥ ご入居者ご自身で管理されている場合の薬の飲み間違い
- ⑦ その他、スタッフの目の届かない場所で起きる不測の事故など

外出・帰宅・訪問等

外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前にスタッフへご連絡下さい。

共用施設の利用について

浴室	入浴介助サービスを受ける場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせ下さい。
共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。

10. 契約の解除内容等

ご入居者からの解約・解除

生活支援サービス契約書第9条第10条の定めのとおり

医療法人みやび会からの解約・解除

生活支援サービス契約書第9条第11条の定めのとおり

11. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況

有 無

2023年 月 日

ご入居者に対して、貸室賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。本書への同意を証するため本書3通を作成し、医療法人みやび会、ご入居者及び連帯保証人が各記名押印の上、各1通を保管します。

医療法人み
やび会

事業者名 医療法人みやび会 理事長 大津 雅一

所在地 埼玉県春日部市中央2-17-10 昭和ビル3F

事業所名 グラス春日部 印

説明者氏名 濁川 純 印

私は、上記事業者から、貸室賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受け、個人情報の取扱いについても十分理解し、同意の上交付を受けました。

ご入居者

住 所

氏 名 印

連帯保証人

住 所

氏 名 印

【(□代理人 ご家族 □その他)欄】 ※ご入居者に代わって、本書に同意頂く場合は該当する項目にレを付けてご入居者との関係・続柄ご記入の上、以下に署名押印願います。但し、連帯保証人と同一の方の場合には、「連帯保証人兼務」にレを付けて頂き、次の署名欄の署名押印は不要とします。この場合は、連帯保証人欄の署名押印をもって、ご入居者に代わって本書に同意頂いたものと見なします。

ご入居者との関係・続柄 (連帯保証人兼務)

住 所

氏 名 印