

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) うえのだいなーしんぐほーむ 上野台ナーシングホーム		
所在地※1	(郵便番号 356-0017) 埼玉県ふじみ野市上野台2丁目15番23号		
連絡先	電話番号	049-261-7011	
	FAX番号	049-261-7012	
	メールアドレス	uenonh@kawatusuru-g.jp	
	ホームページアドレス	~https://www.kawatusuru-g.jp	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (東武東上線 上福岡 駅から 徒歩 で 10分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()		
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 平成 29年 10月 5日から 平成 30年 9月 30日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 平成 29年 10月 5日から 平成 30年 9月 30日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 平成 29年 10月 5日から 平成 30年 9月 30日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 平成 29年 10月 5日から 平成 30年 9月 30日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

(※1)住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。

建築前、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 けいゆうかい 医療法人恵雄会		
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 350-0804) 埼玉県川越市下広谷1113-22 電話番号 049-233-9133		
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) うえのだいなーしんぐほーむ 上野台ナーシングホーム		
事務所の所在地	(郵便番号 356-0017) 埼玉県ふじみ野市上野台2丁目15番13号 電話番号 049-261-7011		

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	112	戸
居住部分の規模	(最小)	18.26	m ²
	(最大)	18.26	m ²
詳細については、別添3のとおり			
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	鉄筋コンクリート造	
	耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ()	
建築物の延床面積	4,854.82	m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 4296.47 m ²)
竣工の年月	2014	年	2月 1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 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	利用権方式
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	2014	年	6月	19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 0 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 46,350 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 0 円
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 3,090 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 0 円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
家賃の概算額	(最低)	約 43,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高)	約 43,000 円	
共益費の概算額	(最低)	約 18,800 円	
	(最高)	約 18,800 円	
敷金の概算額	(最低)	約 0 円	家賃の 月分
	(最高)	約 0 円	
水道光熱費の支払方法	共益費に含む		
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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1173001007) <input 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	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1173001007)		

介護サービス提供事業所	<input 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	近隣家賃相場による 月額43,000円
共益費(管理費)	光熱水費、人件費、消耗品等による 月額18,800円
敷金	なし
高齢者生活支援サービス	なし
食費	業務委託料による。1日3食、おやつ付き30日の場合46,350円 (内訳) 朝食309円、昼食618円、おやつ51円、夕食567円
その他	

(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	介護報酬告示上の額による
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)	なし

※ 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		
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	<input type="checkbox"/> 入居後3月以内の契約終了 <input type="checkbox"/> 入居後3月を超えた契約終了	
前払い金の保全先	<input type="checkbox"/> 1 連帯保証を行う銀行等の名称 <input type="checkbox"/> 2 信託契約を行う信託会社等の名称 <input type="checkbox"/> 3 保証保険を行う保険会社の名称 <input type="checkbox"/> 4 全国有料老人ホーム協会 <input type="checkbox"/> 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 施設が所在する自治体が発表する消費物价指数及び人件費等を勘定し、運営懇談会の意見を踏まえて改定する。 手続き あらかじめ入居者及び身元引受人等に通知します。

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
上野台ナーシングホームデイサービスセンター	通所介護、通所型サービス	1173000991	<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
上野台ナーシングホーム	(介護予防) 特定施設入居者生活介護	1173001007	<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
			<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

※表に記載された施設、サービスに限らず、介護サービス事業者の選択は自由とする。

9 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力 (該当する場合のみ)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) かわつるくりにっく 川鶴クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 350-0804) 埼玉県川越市下広谷 1 1 1 3 - 2 2 電話番号 049-233-9133
連携又は協力の内容	上野台ナーシングホーム居住者に対する健康相談・診療など

10 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

1 1 運営方針

別添5のとおり

1 2 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

高齢者居住の確保に関する方針並びに高齢者居住安定確保計画その他関係法令に基づき、適切な事業運営を行います。

1 3 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者を社会の発展に貢献された方として敬愛する ・ 健全で快適な生活環境を創造する ・ 高齢者福祉の増進に寄与する
サービスの提供内容に関する特色	関連法人事業所等における医療・福祉のバックアップに体制により、終身での入居が可能な体制を整えます

(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 ※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。 ※2 「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。	入居継続支援加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	ADL維持等加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	退去時情報提供加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅳ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(1)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(2)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(3)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(4)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(5)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(6)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(7)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(8)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(9)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(10)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(11)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(12)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)(13)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	

		(V) (14)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配	
		<input type="checkbox"/> 入退院の付き添い	
		<input type="checkbox"/> 通院介助	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
協力医療機関	1	名称	志木柏町クリニック
		住所	埼玉県志木市柏町1-6-74
		診療科目	内科、整形外科他
		協力内容	医師の訪問による健康相談、訪問診療 (医療費等は利用者自己負担)
	2	名称	帯津三敬病院
		住所	埼玉県川越市大字大中居545番地
協力歯科医療機関		名称	青山歯科医院
		住所	埼玉県ふじみ野市中央1-2-8
		協力内容	入居時並びに定期による訪問健診及び訪問歯科診療 (医療費等は利用者自己負担)

(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 ()
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 checked="" type="checkbox"/>	本人及び身元引受人の同意を得る
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/>	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
居室賃借権(利用権)の取扱い	<input 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	<input type="checkbox"/>	面積の増減 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	便所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	浴室の変更 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	洗面所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	台所の変更 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	収納設備の変更 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/>	その他の変更 <input type="checkbox"/> なし (変更内容)
	<input checked="" type="checkbox"/>	なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項		
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	サービス付き高齢者向け住宅契約書第14
	解約予告期間	30日
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	サービス付き高齢者向け住宅契約書第15
	解約予告期間	30日
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(内容: 1泊2,060円)
入居定員		
その他		

1.4 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)					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	1	1				1
直接処遇職員						
介護職員	49	24	4		21	33.4
看護職員	4	2	1		1	3.3
機能訓練指導員	1		1			0.1
計画作成担当者	2	1		1		1.4
栄養士						
調理員						
事務員						
その他職員						

1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1

40 時間

※1 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要

(注1) 併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。

(特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。)

(注2) 常勤・非常勤、専従・非専従について

〔常勤〕…住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。

〔非常勤〕…常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。

〔専従〕…住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。

〔非専従〕…専従以外の者。

(注3) 業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。

(注4) 常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。

(資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数 (実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士	1	1			
介護福祉士	11	8	3		
実務研修の修了者					
初任者研修の修了者					
介護支援専門員					

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

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数 (実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師	1		1		
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 00分 ~ 10時 00分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	4 人	4 人
看護職員	0 人	0 人

※最小時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、省略可能)	契約上の職員配置比率	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
	【表示事項】	<input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input checked="" 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		芦澤 恵子								
	職名		施設長								
	他の職務との兼務		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり 資格等の名称 介護福祉士 <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			8	5	1					2	
前年度1年間の退職者数			10	2	2					1	
経 験 年 数	1年未満		5	5	2					1	1
	1年以上 3年未満		10	12	1						
	3年以上 5年未満		3	2		1	1				
	5年以上 10年未満	1		6	2						
	10年以上			4							
従業者の健康診断の実施			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								

15 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	26人
	女性	86人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	25人
	85歳以上	85人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	5人
	要支援2	1人
	要介護1	27人
	要介護2	30人
	要介護3	29人
	要介護4	17人
要介護5	3人	

入居期間	6ヶ月未満	19人
	6ヶ月以上1年未満	13人
	1年以上5年未満	54人
	5年以上10年未満	24人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88	歳
入居者数の合計	112	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	8	人	
	医療機関	31	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	0	人	(解約事由の例)

16 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	上野台ナーシングホーム
	電話番号	049-261-7011
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	なし
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	埼玉県国民健康保険団体連合会
	電話番号	048-824-2568
	対応している時間	8:30~12:00、13:00~17:00
	定休日	土曜・日曜・祝日
5	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター川越
	電話番号	049-247-0888
	対応している時間	9:30~16:00
	定休日	土曜・日曜・祝日・12/29~1/3
6	窓口の名称	ふじみ野市消費生活センター
	電話番号	049-263-0110
	対応している時間	10:00~12:00、13:00~16:00
	定休日	土曜・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)	介護保険・社会福祉事業総合保険
	<input type="checkbox"/> なし		
賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)	緊急時には、救急車を呼ぶなど救 対応した後、速やかに市及び入居者家族に対して連絡をする等 な措置を講ずる
	<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 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	意見箱の設置、年1回利用者アンケート
		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	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

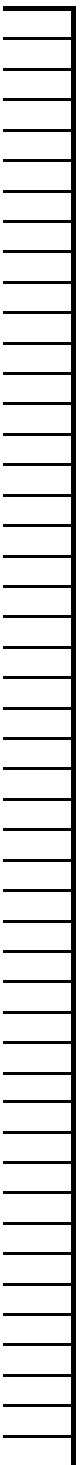
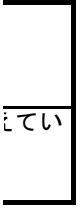
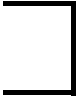
17 入居希望者への事前の情報開示

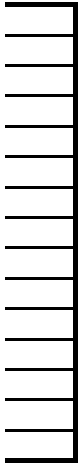
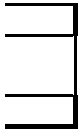
入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 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 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

18 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 2 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 (運営方針)
 - 別添6 (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7 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

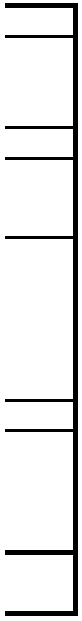




急 等必要

の実施

、
、
、
、
、



説明年月日

令和 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

所在地

代表者名

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
