

サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

貸主(甲) 住所 東京都港区港南二丁目15番3号
 氏名 HITOWAケアサービス株式会社
 代表取締役 袴田 義輝
 代理人 住所 埼玉県さいたま市西区三橋6-1235-1
 イリーゼ西大宮
 氏名 遠藤 光洋

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条及びさいたま市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

住宅の名称	ふりがな いりーぜにしおおみや イリーゼ西大宮
所在地※	〒 331-0052 埼玉県さいたま市西区三橋6-1235-1 電話番号 048-620-5011 FAX番号 048-620-5012 メールアドレス HPアドレス https://www.irs.jp/
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 JR川越 線 駅から で 約 15分) <input type="checkbox"/> 2.その他)
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 2015年 11月 1日 ~ 2045年 10月 31日 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	<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 期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで 契約の自動更新 <input 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 type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 2015年 11月 1日 ~ 2045年 10月 31日 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

(※)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

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 ひとわけあさーびすかぶしがいいしや HITOWAケアサービス株式会社
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	〒 108-6215 東京都港区港南二丁目15番3号 電話番号 03-6632-7702 FAX番号 03-6736-5587
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(法人にあつては主たる事務所の所在地) 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	ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ
	HITOWAケアサービス株式会社	
事務所の所在地	〒	108-6215
	東京都港区港南二丁目15番3号	
	電話番号	03-6632-7702

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	57 戸	
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²
	(最大)	18.86	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	2238.13 m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 2238.13 m ²)
竣工の年月	2015年10月23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 checked="" 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	利用権方式での契約	
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(下記一部掲載)	
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護
留意事項	入居時	
	施設利用時	
契約解除の内容	入居契約書に定めるとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第5章参照
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	入居日から3ヶ月以内は書面による通知で直ちに入居契約の解除 3ヶ月以降は30日以上前に書面で予告することにより入居契約の解除	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり(内容:1泊2日 11,000円(3食 食費含む) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	57室(全室個室)	
その他	入居契約書に定めるとおり	
事業開始時期	2015 年 11 月 1 日から	

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態			提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり
	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託		約 円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	□ 自ら ■ 委託 □ 提供しない		約 57,240 円	
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 円	
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 円	
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 円	
	その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない		約 14,300 円	
家賃の概算額	(最低) 約	45,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり		
	(最高) 約	50,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約	54,000 円			
	(最高) 約	54,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約	円	家賃の 0 月分		
	(最高) 約	円			
水道光熱費の支払方法	共益費に含まれるため不要				
前払金※の有無	□ あり ■ なし				
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円	
家賃等の前払金の算定の根拠	家賃				
	サービス提供の対価				
想定居住期間(償還年数)					
償却の開始日					
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(初期償却額)					
初期償却率					
返還額の算定方法	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				
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日 まで				
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)				
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他()				
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 <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 <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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている <input type="checkbox"/> 指定を受けていない				
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)				

※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	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式
(該当する方式全て選択)	<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 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	自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案。
	手続き	運営懇談会で意見を聴き、同意を得て行う

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方法	<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)	〒	
	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		
その他計画的な 修繕予定		
登録の更新の申請の日 前一年間における入居 者の数及び退去者の数	入居者の数	人
	退去者の数	人

※登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数は、法第5条第2項の登録の更新の申請をする場合に限り記入すること。

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	事業所の場所
		<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
		<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
		<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
		<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

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）

医療支援 ※複数選択可	<input 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	特定医療法人 明浩会 西大宮病院
			住所	埼玉県さいたま市大宮区三橋1-1173
			診療科目	内科、循環器科、眼科、外科、消化器科等
協力科目			外来受診(時間外含む)、入院治療、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、その他これらに付帯する業務(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし		
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし		
協力医療機関	2	名称	医療法人社団 協友会 彩の国東大宮メディカルセンター	
		住所	埼玉県北区土呂町1522	
		診療科目	内科・総合診療科・消化器内科・循環器内科等	
		協力科目	外来受診(時間外含む)、入院治療、他の医療機関紹介、健康管理に関する相談、その他これらに付帯する業務(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし		
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし		
協力医療機関	3	名称	医療法人社団 好生会 こまくさ診療所	
		住所	埼玉県さいたま市中央区大戸3-12-8	
		診療科目	内科	
		協力科目	訪問診療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1あり 2 なし		
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1あり 2 なし		
協力医療機関	4	名称	医療法人社団 三世会 さいたま北クリニック	
		住所	埼玉県さいたま市北区宮原町2-103-30	
		診療科目	内科	
		協力科目	訪問診療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1あり 2 なし		
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1あり 2 なし		
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり			
		医療機関の名称		
		医療機関の住所		
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	荒川歯科医院	
		住所	埼玉県さいたま市緑区東浦和2-43-6 パルジャス1階	
		協力内容	訪問歯科診療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
	2	名称		
住所				
	協力内容			
その他連携協力事業所		名称		
		住所		
		協力内容		

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	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

12. 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

登録の申請は基本方針及び高齢者居住安定確保計画に則り適切なものです。

13. サービスの内容

(全体の方針)

事業の目的	高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスの提供を受け、良好な居住環境のもと自立した生活と必要な支援を受けることで安心して暮らすことができることを目的とする。
運営に関する方針	① ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティあふれる企業を目指すこと ② 地域社会とのコミュニケーションを通じ、ホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること ③ お客様第一主義を念頭に、お客様の要求を満たすこと
サービスの提供内容に関する特色	お一人お一人の個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場を考え、されたい介護で対応させて頂いております。

(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の体制の有無 ※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
	ADL維持等加算	(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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退居時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input 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	: 1		

(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	<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 checked="" type="checkbox"/> 医師の意見を聞く
	<input checked="" type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人及び身元引受人の同意を得る
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
居室賃借権(利用権)の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更

14. 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	職務内容	職員数(実人数) 人			常勤換算 人数※1
		合計	常勤	非常勤	
管理者		1	1		1
生活相談員		1	1		1
直接処遇職員		24	14	10	20.5
介護職員		21	12	9	18.2
看護職員		3	2	1	2.3
機能訓練指導員		1	1		0.2
計画作成担当者		1	1		1
栄養士		委託			
調理員		委託			
事務員					
その他職員		1		1	0.6
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) 17 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	10	7	0	3	0
実務研修の修了者	0	0	0	0	0
初任者研修の修了者	7	3	0	4	0
介護支援専門員					
(注1) (職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。 (注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。					

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数(実人数) 1 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師	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					
はり師					
きゅう師					

(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。

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19 時 00 分～ 7 時 00 分)		
職種	平均人数	最小時人数※
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	1 人

※最少時人数は、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 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
※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	遠藤 光洋									
	職名	ホーム長									
	他の職務との兼務	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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										
	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			3	1							
前年度1年間の退職者数			1	5							
業務に従事した職員数(経験年数)	1年未満										
	1年以上3年未満			1							
	3年以上5年未満	1		4	5	1		1			
	5年以上10年未満		1	5	3					1	
	10年以上	1		2	1						
	従業者の健康診断の実施状況	<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	12 人
	女性	45 人
年齢別	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	1 人
	75歳以上85歳未満	12 人
	85歳以上	44 人
	要介護度別	自立
	要支援1	2 人
	要支援2	2 人
	要介護1	19 人
	要介護2	9 人
	要介護3	10 人
	要介護4	10 人
	要介護5	5 人

入居期間別	6ヶ月未満	5 人
	6ヶ月以上1年未満	12 人
	1年以上5年未満	34 人
	5年以上10年未満	6 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	89.0	歳
入居者数の合計	57	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	1 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	1 人	(解約事由の例) 療養病院への転居

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）

※5ヶ所以上の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

1	窓口の名称	HITOWAケアサービス株式会社 イリーゼ西大宮
	電話番号	048-620-5011
	対応している時間	9:00～18:00
	定休日	なし
2	窓口の名称	HITOWAケアサービス株式会社 お客様相談センター
	電話番号	0120-765-600
	対応している時間	9:00～17:00
	定休日	12/31～1/3
3	窓口の名称	さいたま市西区高齢介護課
	電話番号	048-620-2668
	対応している時間	8:30～17:15
	定休日	土日・祝祭日・年末年始等
4	窓口の名称	さいたま市長寿応援部介護保険課
	電話番号	048-829-1264・1265
	対応している時間	8:30～17:15
	定休日	土日・祝祭日・年末年始等
5	窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会 (介護保険課苦情対応係)
	電話番号	048-824-2568
	対応している時間	9:00～17:30
	定休日	土日・祝祭日・年末年始等

(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) 東京海上日動火災株式会社 対人対物 : 1億円
	<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) 事故対応マニュアルに基づく
	<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
事故発生時の対応方法	事故対応マニュアルに基づく	
利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法	主治医・看護職員・介護職員及び家族等と連絡・連携の上で対応	

(緊急時における対応方法)

緊急時(事故及び急病・負傷)に対応できる具体的な計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 緊急時対応マニュアルに基づく
	<input type="checkbox"/> なし	

(非常災害対策)

非常災害に対応できる具体的な計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 従業者は、事業の提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じる
	<input type="checkbox"/> なし	
避難訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	年 2 回
	<input type="checkbox"/> なし	
感染予防及びまん延防止のための対策の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 2 回 訓練の実施 年 2 回
	<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	年1回実施
	<input type="checkbox"/> なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <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		

17. 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 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
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 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	
施設の利用に当たっての留意事項		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
<input type="checkbox"/> なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
※1 介護に直接携わる職員に対する、認知症介護基礎研修を受講させるための対応		
ホームにおけるハラスメントの規定	<input checked="" type="checkbox"/> あり	担当窓口: 管理者 周知方法: 研修等で周知
	<input type="checkbox"/> なし	
プライバシーポリシー、個人情報保護規程等	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> なし	
※2 提携ホームへの移行	<input checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: 近隣イリーゼ) <input 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	
さいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)
<p>※1 看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。 ※2 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。 (注)居室にあるテレビ等のNHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。</p>		

添付書類:

別添1(役員名簿※法人の場合)

別添2(役員名簿※法定代理人の場合)

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で提供するサービスの概要)

別添5(運営方針)

別添6(事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

別添7(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)

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及びさいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日
借主(乙) 住所

氏名

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 (該当するものを全 て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完 備	便 所	洗 面	浴 室	台 所	収 納			
1	18.00	×	○	○	×	×	○	50	201～203,205～ 208,210～ 213,215～ 218,223,225～ 228,230～ 233,235, 302,303,305～ 308,310～ 313,315～ 318,320,325～ 328,330～ 333,335,336	50,000
1	18.60	×	○	○	×	×	○	2	222,323	50,000
1	18.86	×	○	○	×	×	○	1	301	50,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	4	220,221,321,322	45,000

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)	備考
リビング	2	70.56	2階、3階	57	
浴室	3	58.67	1階、2階	57	
食堂・リビング	1	172.77	1階	57	
共用トイレ	3	12.53	1階、2階、3階	57	
脱衣室	2	43.24	1階、2階	57	
談話コーナー	1	33	1階	57	
洗濯室	2	8.8	2階、3階	57	

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。

注1) 設備等は、適宜加筆修正すること。

(2) 消防用設備・その他設備

消火器	■ あり	□ なし	
緊急通報装置	■ 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 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号)		電話番号					
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	1人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	2人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	7人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	10人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	4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	18 時	00 分	～	9 時	00 分	人員	1人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	1日1回以上は、巡視、またはシステム機器等を併用して適宜安否確認を行います						毎日	1	回
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時 00 分		～	24 時 00 分			
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間						
	通報方法	ケアコール							
	通報先	各階ヘルパーステーション、1階事務室及び介護職員携帯端末			通報先から住宅までの到着予定時間		1分		
緊急時における対応の内容	各室2箇所(室内トイレ含む)に設置されている緊急呼び出しボタン(ケアコール)や、共用トイレ・浴室に設置されている緊急呼び出しボタン(ケアコール)が押された場合は、職員が居室に駆け付け対応します。(24時間対応します)								
生活相談サービスの内容	日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について住宅職員がご相談をお受けします。								
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応		<input type="checkbox"/> その他()					
	提供時間	9 時 00 分		～	18 時 00 分				
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	0 円	前払金の 算定方法					
	前払金	約	0 円						
備考	生活相談・助言サービス 日常の生活に関わる相談・助言は職員が行ないます。 日時は毎日9:00～18:00までとなります。								

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 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) ひとわふーどさーびすかぶしがいいしや HITOWAフードサービス株式会社		
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号 電話番号 03-6738-6114		
	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 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号 電話番号 03-6738-6114		
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" 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()		
	入居者の健康状態に合わせた食事対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
サービス提供の対 価(概算額)	月額※	約 57,240 円	内訳 朝食 568 円 昼食 670 円 夕食 670 円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法	
備考	<p>月額 57,240円(本体価格53,000円) 食費の内訳は、次の通りです。 食材費:月額27,540円(税込) 厨房管理費:月額29,700円(税込) ※1日3食、30日で軽減税率(8%)適用の場合</p> <p>軽減税率(8%)の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり670円を超える特別な食事については軽減税率の対象となりません。</p> <p>入居者が食事の提供を受けない場合は、その期間に相当する食材費(1か月を30日とし日割り換算)を減額いたします。 厨房管理費(食事提供に必要な人件費・設備・備品代等)は入居者が不在の期間があっても減額いたしません。</p>			

※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 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事業 所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" 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	0 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考		<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険外としてお客様希望により有料1回550円(税込)(入浴介助10分550円) ・排泄用品廃棄料1,100円(税込)/月 ・必要時の食事介助は追加料金発生いたしません。 			

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 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事業 所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input 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	0 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考		<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険外としてお客様希望による居室清掃は有料10分550円(税込)、リネン交換・日常の洗濯は、各有料1回550円(税込) ・居室配膳・下膳は、お客様希望により有料(1回550円/税込(体調不良時は追加料金発生いたしません)) ・その他個別対応サービスはご相談の上、有料(10分550円/税込)で対応可能 			

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		<ul style="list-style-type: none"> 協力医療機関については、通院介助や入退院時の同行は無料です。 上記以外、お客様希望により有料(10分550円/税込) 入院中の洗濯物交換・買い物 お客様希望により有料(10分550円/税込) 			

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	フロントサービス費・受付サービス(来訪者取次、郵便物等の受け取り代行及び居室への配布等)・レクリエーションサービスの企画、運営にかかる人件費・サービス提供にかかるフロント部門の人件費		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 14,300 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		自立の方は、別途、生活サポート費として39,000円(税込42,900円)+ケアサービス料金がかかります。事業者は入居者に対し、次の生活サービスを提供します。 一 入居者の生活必需品の購入、代金の立替払い、公租公課等の納付の代行、官公署等への届出および手続きの代行等。ただし、事業者が実施できるものに限ります。 二 身元引受人等への連絡			

運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書面を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

別添6 事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	併設・隣接 の状況			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ川口宮町 他	埼玉県川口市宮町16-12
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼグループホーム戸田公園 他	埼玉県戸田市下戸田2-4-5
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
複合型サービス	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼ川口宮町 他	埼玉県川口市宮町16-12
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜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	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	イリーゼグループホーム戸田公園 他	埼玉県戸田市下戸田2-4-5
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

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(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)			都度※2	料金(税込)※3	備考
	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	包含※2			
<介護サービス>								
食事介護	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		自立の方は※4
排泄介助・おむつ交換	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		自立の方は※4
おむつ代			■ あり	□ なし		○	実費	費用は実費
入浴(一般浴)介助・清拭	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		介護保険適用の方で介護に起因しない理由で週3回目からお客様の希望により、介助を必要とする場合は※4、自立入浴の場合は※5 介護保険外で自立の方は※5、介助が必要な場合は※4
特浴介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		介護保険適用の方で介護に起因しない理由で週3回目からお客様の希望により、介助を必要とする場合は※4、自立入浴の場合は※5 介護保険外で自立の方は※5、介助が必要な場合は※4
身辺介助(移動・着替え等)	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		自立の方は※4
機能訓練	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし				自立の方は応相談
通院介助	□ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	※4	協力医療機関の付添は無料
口腔衛生管理	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし				
<生活サービス>								
居室清掃	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		週3回目からお客様の希望時※4 自立の方は※4
リネン交換	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		週2回目からお客様の希望時※5 自立の方は※5
日常の洗濯	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		週3回目からお客様の希望時※5 自立の方は※5
居室配膳・下膳	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	※5	体調不良時は無料。その他お客様の希望時
入居者の嗜好に応じた特別な食事			□ あり	■ なし				応相談
おやつ			■ あり	□ なし	○			食費に含まれ提供されるおやつ以外は実費
理美容師による理美容サービス			■ あり	□ なし		○		指定日での対応、実費負担
買い物代行	□ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○			指定日、指定業者の代行は実費負担のみ。指定日以外は別途個別対応サービス10分550円(税込)と実費
役所手続き代行	□ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	※4	お客様の希望時
金銭・貯金管理								金銭のお預かりはしない
<健康管理サービス>								
定期健康診断	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○		年2回実施の機会を提供(費用は実費負担)
健康相談	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○			
生活指導・栄養指導	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○			
服薬支援	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○			
生活リズムの記録(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								
入退院時の同行	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	※4	お客様の希望時 協力医療機関は無料
入院中の洗濯物交換・買い物	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	※4	お客様の希望時
入院中の見舞い訪問	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	※4	お客様の希望時

※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。