

プラチナ・シニアホーム川越的場
サービス付き高齢者向け住宅入居契約・生活支援サービス契約
重要事項説明書

記入年月日	令和 3 年 7 月 1 日
記入者名	小坪 花江
所属・職名	施設管理者

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ れいくすとうえんていわん 株式会社レイクス21	
主たる事務所の所在地	〒100-0004 東京都千代田区大手町一丁目5番1号	
連絡先	電話番号	03-5208-1601
	FAX番号	03-5208-1602
	ホームページアドレス	http://www.lakes21.co.jp/
代表者	氏名	池 俊明
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成12年 1 月 4 日	
主な実施事業	※別添1 (別を実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要**(住まいの概要)**

名称	(ふりがな) ぷらちな・しにあほーむ かわごえまとば プラチナ・シニアホーム川越的場	
所在地	〒350-1101 埼玉県川越市的場2丁目18番1号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R川越線 的場駅
	交通手段と所要時間	J R川越線 的場駅下車、徒歩約11分
連絡先	電話番号	049-239-6552
	FAX番号	049-239-6553
	ホームページアドレス	http://www.lakes21.co.jp/
	氏名	小坪 花江
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成23年 3 月 1 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成23年 4 月 1 日

(類型)【表示事項】

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

3. 建物概要

土地	敷地面積	841.71 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	953.28 m ²
		うち、老人ホーム部分	953.28 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物	
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成23年4月1日～平成48年3月31日) 2 なし
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室
2 相部屋あり			
最少			人部屋
最大			人部屋

		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*	
	タイプ1	有/無	有/無	18.45 m ²	6	一般居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	18.15 m ²	21	一般居室個室	
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		1ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		ヶ所		
			その他（ ）		ヶ所		
食堂	1	あり	2	なし			
入居者や家族が利用 できる調理設備	1	あり	2	なし			
エレベーター	1	あり（車椅子対応）	2	あり（ストレッチャー対応）※ 9人乗り			
	3	あり（上記1・2に該当しない）	4	なし			
消防用設備 等	消火器	1	あり	2	なし		
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし		
	火災通報設備	1	あり	2	なし		
	スプリンクラー	1	あり	2	なし		
	防火管理者	1	あり	2	なし		
	防災計画	1	あり	2	なし		
その他の 共用施設	談話室1ヶ所（1階）、ラウンジ1ヶ所（2階）脱衣室3ヶ所（1～2階）、洗濯室2ヶ所（1～2階）						

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>当住宅では、入居者様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、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行います。また、関係区市町村、協力医療機関及び地域の保健医療・福祉サービス提供機関等と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。</p> <p>なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、入居者様は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サ</p>
----------	---

	サービス、医療サービス等)を自由に選択することができます。
サービスの提供内容に関する特色	在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。
生活支援サービスのご利用にあたって	<p>下記に掲げる生活支援サービスのご利用分につきましては、介護保険によるサービス提供ではありませんので、介護保険の適用はできません。</p> <p>介護保険サービスをご利用になる場合は、希望される訪問介護事業所等と、別に契約を締結する必要があります。</p>

基本サービス (入居者様全員が受ける必須サービスです。)

安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、定時に各住戸に職員がお伺いし、安否の確認を行います。 ・毎食事時に状況を確認します。 ・就寝前に在室状況を確認します。 ・上記以外の時間帯も、日中及び夜間の巡回により、入居者様（ご家族様）とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で安否確認を必要に応じて行います。 	
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
<ul style="list-style-type: none"> ・当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、住宅職員がご相談にのります。 	
緊急時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
<ul style="list-style-type: none"> ・日中・夜間とも、各居室のベッドサイド、トイレ、浴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住宅職員が通報を受け、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。 ・入居中に病状の急変などがあった場合は、速やかに入居者様の主治医または当住宅の協力医療機関に連絡し、必要な措置を講ずるほか、緊急時連絡先となっているご家族様にも速やかに連絡をします。 	

上記以外の生活支援サービス (オプションサービス)

(本住宅では以下のサービスを入居者様に選択していただくことができます。なお、入居者様の希望により、他のサービス事業者を利用することもできます。)

食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
<p>食費は月単位での請求となります。</p> <p>食費：月額 48,600 円 (30 日の場合) [朝食 324 円 昼食 594 円 おやつ 108 円 夕食 594 円]</p> <p>朝食は午前 8 時～9 時 昼食は午後 0 時～1 時 夕食は午後 6 時～7 時 おやつは午後 3 時～4 時 各階の食堂で提供します。居室へ配食することもできます (別途有料)。キャンセル、変更等は提供される日の前々日午前 9 時までにお届けください。前々日午前 9 時までにお届けいただいたキャンセルの場合、食事代の計算は喫食数での計算となりますが、それ以降のお届けまたは無届けの場合は、一日単位の食費計算とさせていただきます。食事は、本住宅の厨房で調理いたします。</p>	
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者住宅の付帯サービスである「生活支援サービス」のオプションサービス (有料)、または 	

訪問介護事業所の「保険外訪問介護サービス（別途契約、有料）」を利用することができます。	
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
・高齢者住宅の付帯サービスである「生活支援サービス」のオプションサービス（有料）、または訪問介護事業所の「保険外訪問介護サービス（別途契約、有料）」を利用することができます。	
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
① 入居者様の健康・身体状況についての相談 ② 協力医療機関にて定期健康診断の実施（年1回有料） ③ 協力医療機関の往診の手配	
服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
・高齢者住宅の付帯サービスである「生活支援サービス」のオプションサービス（有料）を利用することができます。	
フロントサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
① 来訪者の受付問い合わせ対応 ② 必要に応じ宅配便・郵便物の発送および受け取り ③ 各種情報のご案内 ④ タクシー・福祉サービス等の手配 ⑤ クリーニングの取次ぎ ⑥ 新聞手配の取次ぎ ⑦ 食事の注文等の取次ぎ ⑧ その他サービスの取次ぎ	
アクティビティサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
① 入居者様の交流活動支援（体操教室・手芸教室・映画鑑賞会等） ② 各種イベントの開催（材料費は、実費負担となります）	
金銭管理	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
・当住宅では、現金、通帳、印鑑等のお預かりは、いたしません。 ・ご本人様やご家族様において金銭管理が困難な場合は、成年後見制度や、地域福祉権利擁護事業（金銭管理サービス）等のご利用をご案内いたします。	
当住宅で対応できる医療的ケアの内容	
・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等） ・当住宅では看護師がいないため、常時医療行為が必要な方への対応はできません。 ・胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合がありますので、個別に相談のうえ入居可能か判断し決定します。	
その他のサービス	
重要事項説明書別紙 介護サービス等の一覧表をご参照ください。	

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ①協力医療機関及び協力歯科医療機関への受診取次 ②処方薬の取次 ご希望により、協力医療機関及び協力歯科医療機関以外の医療機関、歯科医療機関、調剤薬局等をご利用いただくことも可能です。 ※医療機関、歯科医療機関、調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 慈悠会 坂戸訪問診療所
		住所	埼玉県坂戸市日の出町 8-13
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	医療法人社団 優青会 あおぞらクリニック川越
		住所	埼玉県川越市南通町 19-12
		診療科目	内科・精神科・皮膚科
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関		名称	医療法人 健友会
		住所	埼玉県川越市小ヶ谷 7 2 - 1
		協力内容	訪問歯科

(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"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (他の一般居室へ移る場合)	
判断基準の内容	住戸移動は原則としてありませんが、適切なサービス提供に支障をきたす場合、又はその恐れがある場合、住戸を変更していただく場合があります。	
手続きの内容	一定期間の観察を行い、医師の意見を聞き、ご入居様及び身元引受人様の同意を得たうえで実施します。	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	ご入居者様・事業者間による入居契約の合意解約がなされたものとし、その後に移動先の住戸で新たな入居契約を締結することとなります。	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
台所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
その他の変更	1 あり	(変更内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	概ね 60 歳以上で、自立・要支援・要介護の方、共同生活を円満に過ごせる方。感染症の方は入居できません。但し医師より、他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合にはこの限りではありません。	
契約の解除の内容	入居者様及び入居代理人は、事業者に対し、30日の予告期間において文書で通知することにより、本契約を解約することができます	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者は、入居者様の行動が他の入居者様の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続することが社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除することができるものとします。この場合、事業者は次の手続を行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 一定の観察期間をおくこと ② 主治医及び生活支援サービス提供スタッフ等の意見を聴くこと ③ 契約解除の通告について90日の予告期間をおくこと ④ 前号の通告に先立ち、入居者様本人の意思を確認すること及び代理人または入居者様のご家族様等の意見を聴くこと ⑤ 解除勧告の予告期間中に入居者様の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者様や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力すること

		事業者は、入居者様が正当な理由なく、事業者を支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合において、入居者様に対し、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払がないときは、この契約を解除することができるものとします。
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間		30日
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり 【内容：一泊5,238円（住宅費・光熱水費・生活支援サービス費、介護費用を含む。食事代別途。10%消費税込）】 <input type="checkbox"/> なし	
入居定員		27人
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	0	1	
生活相談員	0	0	0	
直接処遇職員	16	5	11	
介護職員	16	5	11	
看護職員	0	0	0	
機能訓練指導員	0	0	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	4	0	4	
事務員	1	0	1	
その他職員	0	0	0	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	勤務形態	
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	5	1	4
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	8	2	6
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	勤務形態	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	0	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時 ~ 9 時 30 分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1 人	1 人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり		資格等の名称	介護福祉士					
		2 なし								
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0

応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	
	3年以上 5年未満	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	
	5年以上 10年未満	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし								

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 ・毎月10日までに請求書を発行し、27日にご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます（収納会社名：三菱UFJファクター株式会社）。 ・27日が金融機関の休業日にあたる場合は、翌営業日に引き落としさせていただきます。	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
	年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし ご入院期間中も、解約のお申し出がない限り入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。サービス費、食費は利用実績により日額計算を行い、お支払いいただきます（入院中のご利用がない分はお支払いいただきません）。 <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	介護保険給付対象外サービスの費用として支払う利用料金について、消費者物価指数、雇用情勢、その他の経済事情の変動により利用料金が不相当になった場合
	手続き	料金を改定する際は、入居者様、入居者様の代理人または入居者様のご家族様等の関係者に対して、あらかじめ通知のうえ、運営懇談会

		の意見を聴いたうえで重要事項説明書を用いて十分に説明し、同意を得ることとします。
--	--	--

(利用料金のプラン)

		プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度	自立～要介護 5	
	年齢	60歳以上	
居室の状況	床面積	18.15 m ²	m ²
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円
	敷金	0円	円
月額費用の合計		134,552円	円
家賃		50,000円	円
管理費（共益費）		15,000円	円
光熱水費		（共益費に含む）円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		—円
	介護保険外 ^{※2}	食費	48,600円
		介護費用	円
		その他（生活支援サービス費）	20,952円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	サービス付き高齢者向け住宅部門に係る人件費その他管理経費より月額家賃相当額を算出。
敷金	家賃の 0ヶ月分
介護費用	見守り、安否確認、緊急時対応、コール対応等、生活支援サービスに係る人件費その他経費より算出。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	1. 住戸部分の電気代、上・下水道代、共同利用設備部分及び共用部分の光熱費、上・下水道代、清掃費等の維持管理費 2. 設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、消防設備等） 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、等 ※ 各住戸部分の上・下水道代は、建物全体のメーターから維持管理費、事業者の事務所で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額とします。
食費	食材料費、厨房に係る人件費、食器その他器具什器費の減価償却費。
光熱水費	住戸部分の電気代、上・下水道代は共益費に含みます。

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(前払金の受領)

なし

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	7人
	女性	19人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	0人
	要介護1	7人
	要介護2	7人
	要介護3	4人
	要介護4	6人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	1人
	1年以上 5年未満	17人
	5年以上 10年未満	7人
	10年以上 15年未満	-人
	15年以上	-人

(入居者の属性)

平均年齢	82.1歳
入居者数の合計	26人
入居率※	96.2%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	1人
	死亡者	1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	2人
		(解約事由の例) ご家族のご意向。医療行為必要となり、転院。

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

窓口の名称		プラチナ・シニアホーム川越的場	
電話番号		049-239-6552	
対応している時間	平日	9時 00分	～ 18時 00分
	土曜	9時 00分	～ 18時 00分
	日曜・祝日	9時 00分	～ 18時 00分
定休日		なし 担当者が不在のときは、他の職員が誰でも対応できるようにするとともに、必ず担当者に引き継ぐようにいたします。	

事業者以外の苦情に対応する窓口

窓口の名称		一般財団法人 サービス付き高齢者向け住宅協会 サービス付き高齢者向け住宅 入居者相談窓口	
電話番号		03-5645-3573	
対応している時間	平日	9時 00分	～ 17時 00分
	土曜	-	
	日曜・祝日	-	
定休日		土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3)	
窓口の名称		川越市福祉部高齢者いきがい課	
電話番号		049-224-5809 (直通)	
対応している時間	平日	8時 30分	～ 17時 15分
	土曜	-	
	日曜・祝日	-	
定休日		土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3)	

窓口の名称		川越市建設部建築住宅課
電話番号		049-224-6042 (直通) 049-224-8811 (直通)
対応している時間	平日	8時 30分 ~ 17時 15分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土、日、祝日、年末年始 (12/29~1/3)
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	平日	9時 00分 ~ 18時 00分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土、日、祝日、年末年始 (12/29~1/3)

(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	1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 事業活動包括保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) ・本契約に基づき、介護サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族様へのご連絡、救急車の呼び出し等）を行います。 ・事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査及び再発防止策を策定し、埼玉県福祉部高齢介護課、埼玉県都市整備部住宅課、区市町村に報告します。 ・入居者様に対するサービスの提供に当たって、事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者様に対して損害を賠償します。ただし、入居者様に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、又は賠償額を減額することがあります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

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

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

10. その他

外出・帰宅・訪問等	
<ul style="list-style-type: none"> ・外出・帰宅及びご家族様の来訪等の時間制限はなく、24時間いつでも可能です。正面玄関の自動ドアは、オートロックとなっており、外出・帰宅及びご家族様の訪問時は、職員がドアの開閉を行いますので、インターホン等でお知らせください。 ・長期外泊時は、管理者へご連絡ください。 	
共用施設の利用について	
浴室	共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し出ください。なお、ケアプランに基づく浴室のご利用については、事前に利用時間をお知らせします。
食堂、居間、談話コーナー	いつでも、他の入居者様やご家族様との歓談等にご使用ください。
共用キッチン	共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き

- ・入居者様又は他の入居者様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- ・「緊急やむを得ない場合」とは、①入居者様又は他の入居者様等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの の要件全てを満たしている場合に限りです。
- ・身体的拘束等を行う場合は、「切迫性」「非代替性」「一時性」について事業所内で検討し、入居者様又はご家族様に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで、同意書を交わし、実施します。
- ・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者様の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置)	2 適合している (将来の改善計画)
	3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

上記の内容について、説明を行い、入居者の確認及び同意を得て、交付しました。

説明年月日 年 月 日

事業者 所在地 東京都千代田区大手町一丁目5番1号
事業者(法人)名 株式会社レイクス21
代表者職・氏名 代表取締役 池 俊明

事業所 所在地 埼玉県川越市的場2丁目18番1号
名称 プラチナ・シニアホーム川越的場

説明者 説明者・氏名 小坪 花江 印

上記の内容について、説明を受け、確認及び同意をし、交付を受けました。

確認及び
同意年月日 年 月 日

利用者

住 所

氏 名 印

署名代行者

下記の理由により、利用者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。
署名代行理由: []

本人との続柄
《 》

住 所

氏 名 印

代理人

住 所

本人との続柄
《 》

氏 名 印

立会人

住 所

本人との続柄
《 》

氏 名 印

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1

事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	プラチナ・訪問介護ステーション川越的場	川越市的場2-18-1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜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		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

重要事項説明書 別紙

介護サービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		なし	あり
区分 サービス	（自立）（要支援Ⅰ～Ⅱ）（要介護Ⅰ～Ⅴ）		
	生活支援サービスの基本料金に含むサービス	その都度徴収するサービス （料金を表示）	
<介護サービス>			
巡回 日中	9:00～18:00 入居者様（ご家族様）とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で必要に応じて実施します。	—	
巡回 夜間	18:00～9:00 入居者様（ご家族様）とご相談のうえ、ご入居者様の身体状況に合った頻度で必要に応じて実施します。	—	
食事介助	—	1回 550円 （本体価格 500円 消費税10% 50円）	
配膳・下膳	—	1回 275円 （本体価格 250円 消費税10% 25円）	
排泄介助	—	1回 550円 （本体価格 500円 消費税10% 50円）	
おむつ交換	—	1回 550円 （本体価格 500円 消費税10% 50円）	
おむつ代	—	購入店に対し実費負担	

入浴(一般浴)介助	—	1回 2,200円 (本体価格 2,000円 消費税10% 200円)
清拭	—	1回 1,650円 (本体価格 1,500円 消費税10% 150円)
特浴介助	—	1回 2,200円 (本体価格 2,000円 消費税10% 200円)
身辺介助		
・体位交換	—	1回 550円 (本体価格 500円 消費税10% 50円)
・移動・移乗介助	—	1回 550円 (本体価格 500円 消費税10% 50円)
・衣類の着脱	—	1回 550円 (本体価格 500円 消費税10% 50円)
・身だしなみ介助	—	1回 550円 (本体価格 500円 消費税10% 50円)
機能訓練	—	—
通院介助 (協力医療機関)	—	1時間につき 2,200円 (本体価格 2,000円 消費税10% 200円)
通院介助 (上記以外)	—	1時間につき 2,200円 (本体価格 2,000円 消費税10% 200円) (個別にご相談のうえ 実施可能か検討し 決定します)

緊急時対応	24時間対応	—
ナースコール対応	随時	—
<生活サービス>		
生活相談	9:00～18:00 随時	—
居室清掃	—	1回 550円 (本体価格 500円 消費税10% 50円)
リネン交換	—	1回 550円 (本体価格 500円 消費税10% 50円)
日常の洗濯	—	1回 550円 (本体価格 500円 消費税10% 50円)
居室配膳・下膳	—	1回 550円 (本体価格 500円 消費税10% 50円)
嗜好に応じた特別食	—	通常食との差額
おやつ	—	1日 108円 (本体価格 100円 消費税8% 8円)
理美容	—	理美容店に対し 実費負担。
買物代行 (通常の利用区域)	—	1時間につき 1,100円 (本体価格 1,000円 消費税10% 100円)
買物代行 (上記以外の区域)	—	1時間につき 1,100円 (本体価格 1,000円 消費税10% 100円) (個別にご相談のうえ実施可能か 検討し決定します)

役所手続き代行	—	1時間につき 1,100円 (本体価格 1,000円 消費税10% 100円) (委任状が必要となります。職員 では代行できないものもあります)
金銭管理サービス	—	—
<健康管理サービス>		
定期健康診断	1年に1回機会を提供。 健康診断の機会の確保について は、生活支援サービスとして実施 し、基本料金に含みます。	健康診断を受診した場合は医療 機関に対し実費負担となります。
健康相談	随時	—
生活指導・栄養指導	—	—
服薬支援	—	1ヶ月 3,300円 (本体価格 3,000円 消費税10% 300円)
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	状況把握(巡回・安否確認)、緊 急時対応、生活相談サービス、そ の他の生活支援サービスとして実 施したサービスについては、実施 内容の記録を行います。	—
医師の訪問診療	協力医療機関への受診取次、協 力医療機関の往診の手配は、生 活支援サービスとして実施し、基 本料金に含みます。	医療機関・調剤薬局を利用した 場合は、それぞれの機関に対し て、別途、自己負担分のお支払 いが生じます。

<p>医師の往診</p>	<p>協力医療機関への受診取次、協力医療機関の往診の手配は、生活支援サービスとして実施し、基本料金に含まれます。</p>	<p>医療機関・調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。</p>
<p><入退院時、入院中のサービス></p>		
<p>移送サービス</p>	<p>— タクシー、移送事業者等の手配や予約取次は生活支援サービスとして実施し基本料金に含まれます。</p>	<p>協力医療機関以外への通院の際、送迎介助のみ希望された場合。行政や金融機関等への送迎介助を希望された場合。 冠婚葬祭、映画、音楽鑑賞や理美容、お見舞い、親族や知人宅訪問などの送迎介助サービス。 市内一律 1時間につき 1,100円 (本体価格 1,000円 消費税10% 100円)</p>
<p>入退院時の同行 (協力医療機関)</p>	<p>—</p>	<p>1時間につき 2,200円 (本体価格 2,000円 消費税10% 200円)</p>
<p>入退院時の同行 (上記以外)</p>	<p>—</p>	<p>1時間につき 2,200円 (本体価格 2,000円 消費税10% 200円) (個別にご相談のうえ 実施可能か検討し 決定します)</p>

入院中の洗濯物交換・買物	—	— (ホームが必要と認めた場合、又は医療機関から要請された場合は必要に応じ無料で実施します)
入院中の見舞い訪問	—	— (ホームが必要と認めた場合、又は医療機関から要請された場合は必要に応じ無料で実施します)
<その他サービス>		
フロントサービス ①来訪者の受付問い合わせ対応 ②必要に応じ宅配便・郵便物の発送および受け取り ③各種情報のご案内 ④タクシー・福祉サービスの手配 ⑤クリーニングの取次ぎ ⑥新聞手配の取次ぎ ⑦食事の注文等の取次ぎ ⑧その他サービスの取次ぎ	生活支援サービスとして実施し、 基本料金に含まれます。	—
アクティビティサービス ①入居者様の交流活動支援 (体操教室・手芸教室・映画鑑賞会等) ②各種イベントの開催	生活支援サービスとして実施し、 基本料金に含まれます。	材料費は、実費負担となります。