

重要事項説明書

記入年月日	2026年1月1日
記入者名	若杉亮平
所属・職名	管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／ 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) みもざかぶしきがいしゃ ミモザ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒140-0004 東京都品川区南品川二丁目2番5号	
連絡先	電話番号	03-5796-0630
	FAX番号	03-5796-0631
	ホームページアドレス	https://mimoza-care.com
代表者	氏名	清水 亨
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ 平成 ・令和 11 年 8 月 27 日	
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) みもざかわごえ ミモザ川越	
所在地	〒350-1101 埼玉県川越市大字的場2-4-6-4番地2	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 霞が関駅
	交通手段と所要時間	東武東上線「霞が関駅 700m 下車徒歩10分」
連絡先	電話番号	049-298-6922
	FAX番号	049-298-6932
	ホームページアドレス	https://mimoza-care.com
管理者	氏名	若杉 亮平
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成・令和 24年 5月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 24年 5月 1日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	川越市 1190400182 号
	指定した自治体名	川越市
	事業所の指定日	平成・令和 24年 5月 1日
	指定の更新日（直近）	平成・令和 6年 5月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 678, 30 m ²										
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地										
		2 事業者が賃借する土地										
		抵当権の有無	1 あり	2 なし								
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日)	2 なし								
建物	延床面積	全体	1, 104, 67 m ²									
		うち、老人ホーム部分	1, 104. 67 m ²									
	耐火構造	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										
		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										
		2 事業者が賃借する建物										
		抵当権の設定	1 あり	2 なし								
		契約期間	1 あり (2012 年 4 月 1 日～2042 年 3 月 31 日)	2 なし								
		契約の自動更新	1 あり	2 なし								
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室										
		2 相部屋あり										
		最少	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. 70 m ²	29・29	一般居室 個室						
	タイプ 2	有/無	有/無	m ²								
	タイプ 3	有/無	有/無	m ²								
	タイプ 4	有/無	有/無	m ²								
	タイプ 5	有/無	有/無	m ²								
	タイプ 6	有/無	有/無	m ²								

	タイプ7	有／無	有／無	m ²			
	タイプ8	有／無	有／無	m ²			
	タイプ9	有／無	有／無	m ²			
	タイプ10	有／無	有／無	m ²			
※「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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
			その他（パンジー浴）		1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）	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							

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	1. 今日の平和繁栄の基礎を築いて下さった高齢者の皆様を、私たちは尊敬と感謝の念をもってお迎え致します。 2. いま介護を必要とされている高齢者や、日常生活に不安のある高齢者のために、施設と介護サービスを提供し、人生の一番大事な晩年の時間を、豊かで安らかにお過ごしいただける環境を提供致します。 3. 加齢に伴い生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護等の認定を受けたご利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話等について、ご本人の尊厳とご家族の意思を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供する。 その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができる様、「介護サービス」の提供を通じ支援致します。		
サービスの提供内容に関する特色	1. あたたかい家庭的な介護のご提供を第一に考えています。 2. 安心と、自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算		1 あり	2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり	2 なし
	医療機関連携加算		1 あり	2 なし
	看取り介護加算		1 あり	2 なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり	2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) :		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<div>1 救急車の手配</div> <div>2 入退院の付き添い</div> <div>3 通院介助</div> <div>4 その他 ()</div>	
協力医療機関	1	名称	武蔵野総合病院
		住所	〒350-1167 川越市大袋新田 977-9
		診療科目	内科、外科、脳神経外科、神経内科、循環器内科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、形成外科、整形外科、眼科、リハビリ科
		協力内容	訪問日を定めた上で健康相談等を行う
	2	名称	さいたまファミリークリニック
		住所	埼玉県さいたま市西区大字西遊馬 1 2 6 7 - 6 ウィズ・カーサ 1 号室
		診療科目	内科、精神科、神経内科、皮膚科
		協力内容	訪問診療
協力歯科医療機関		名称	ふじみ野アイル歯科クリニック
		住所	〒354-0031 富士見市ふじみ野東 1-1-1
		協力内容	訪問歯科

(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		<div>1 一時介護室へ移る場合</div> <div>2 介護居室へ移る場合</div> <div>3 その他 (他の居室に移る場合)</div>	
判断基準の内容		① 事業者の指定する医師の意見を聴く。 ② 緊急やむを得ない場合を除き一定の観察期間を設ける。	
手続きの内容		① 変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人に意見を聴く。	
追加的費用の有無		1 あり <div>2 なし</div>	
居室利用権の取扱い		当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。	
前払金償却の調整の有無		1 あり <div>2 なし</div>	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <div>2 なし</div>	
	便所の変更	1 あり <div>2 なし</div>	
	浴室の変更	1 あり <div>2 なし</div>	
	洗面所の変更	1 あり <div>2 なし</div>	
	台所の変更	1 あり <div>2 なし</div>	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)

		2 なし
--	--	------

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	要介護の認定者の方で介護の必要な方、且つ川越市在住の方		
契約の解除の内容	<p>① 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合には、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</p> <p>二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば延滞するとき。</p> <p>三 入居契約書第3条第4項の規定に違反したとき</p> <p>四 入居契約書第20条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき。</p> <p>五 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき。</p> <p>六 常時、高度な医療行為が必要となり、当施設で対応することができなくなった場合</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第29条	
	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	<div>1 あり</div> (内容：1泊2日 11,000円(消費税込、介護保険適用なし) 期間は14日間を限度とします。) <div>2 なし</div>		
入居定員	29人		
その他	<p>短期解約の1日あたりの利用料：</p> <p>入居金償却期間の起算日から3月以内において、入居者の解約の申し出がなされた場合及び入居者の死亡による契約終了の場合は、有料老人ホーム入居契約書第44条に規定する目的施設の1日あたりの利用料はBプラン666円です。</p>		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（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	1	0	0.5
生活相談員	2	1	1	1.0
直接処遇職員	21	8	13	13.3
介護職員	17	7	10	11.1
看護職員	4	1	3	2.2
機能訓練指導員	4	1	3	0.3
計画作成担当者	1	0	1	0.6
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	9	4	5
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	3	1	2
介護支援専門員	1	0	1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤		非常勤	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	4	1	3		
理学療法士	0	0	0		
作業療法士	0	0	0		
言語聴覚士	0	0	0		
柔道整復士	0	0	0		
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (22 時～6 時)			
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	0 人	0 人	
介護職員	2 人	1 人	

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.1 : 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である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 あり		2 なし		
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称		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					4						
前年度1年間の退職者数				2	3						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満		1		4				1		1
	1年以上 3年未満	1	1	2	2	1		1	1		
	3年以上 5年未満			4	1						
	5年以上 10年未満			1	1						
	10年以上		1		2		1		1		
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】	1 利用権方式	
	2 建物賃貸借方式	
	3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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	1 減額なし 2 日割り計算で減額	

		3 不在期間が1か月以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金の改定	条件	地元自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会を開き入居者及び身元引受人の同意を得たうえで改定する。
	手続き	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

			プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度		要介護 1	要介護 5
	年齢		65 歳	80 歳
居室の状況	床面積		18.70 m ²	18.70 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	1,920,000 円
	敷金		0 円	0 円
月額費用の合計			206,527 円	194,969 円
家賃			95,000 円	75,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		16,823 円	25,265 円
	介護保険外※2	食費	63,954 円	63,954 円
		管理費	30,750 円	30,750 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	各居室電気代(各居室の電気メーターで管理します。)	各居室電気代(各居室の電気メーターで管理します。)
		その他	円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※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）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	目的施設の利用に関する家賃相当額です。
敷金	家賃のヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	<p>月額 30,750円(内、消費税 750円)</p> <p>内訳①：22,500円(非課税)：共用部分の維持管理費</p> <p>②：8,250円(内、消費税 750円)：事務管理の人件費等</p> <p>不在期間に応じた減額はありません。ただし、月途中の入退居については</p>

	日割計算を適用します。
食費	朝食 518 円(税込)、昼食 724 円(税込)、おやつ 65 円(税込)、夕食 825 円(税込)となります。30 日間全て喫食した場合の食費は 63,954 円(税込)となります。 消費税は、税率ごとに集計した食費の税抜合計金額に税率を乗じて計算します(税率を乗じた時点で 1 円未満の金額が生じた場合、その時点で 1 円未満を四捨五入します)。そのため、実際の請求額は 1 食あたりの税込金額を合計した金額とは異なる場合があります。 欠食時の取り扱いについては入居契約書によります。
光熱水費	各居室の電気メーターで管理します。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	
その他のサービス利用料	

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

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	要介護度別の基本報酬に各種加算を加えた金額の 1 割、2 割又は 3 割の金額を自己負担していただきます。 (利用料金のプラン【代表的なプランを 2 例】)の特定施設入居者生活介護の費用は、基本報酬のみ、30 日分、自己負担割合が 1 割の場合の金額を記載しております。この点をご留意ください。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	前払金＝(家賃相当額の一部(20,000 円))× (想定居住期間(月数))
想定居住期間（償却年月数）	8 年（96 か月）
償却の開始日	入居日翌日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	0 円

初期償却率		0%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	返還する前払金の額＝(前払金)－(日割家賃×入居日から起算して契約満了日までの日数)
	入居後3月を超えた契約終了	返還する前払金の額＝(前払金)÷(入居日の翌日から起算して償却期間満了日までの実日数)×(契約終了日から償却期間満了日までの実日数)
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 <u>全国有料老人ホーム協会</u>	
	5 その他（名称：_____）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	8 人
	女性	19 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	3 人
	85 歳以上	25 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	3 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	8 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	5 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	3 人
	1 年以上 5 年未満	12 人
	5 年以上 10 年未満	5 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	91.0 歳
入居者数の合計	27 人
入居率※	93%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	2 人
	死亡者	5 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	4 人
		(解約事由の例) 長期入院の為

8. 苦情・事故等に関する体制

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

窓口の名称		ミモザ川越 相談・苦情窓口
電話番号		049-298-6922
対応している時間	平日	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 時間外は夜勤等が対応します。
	土曜	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 時間外は夜勤等が対応します。
	日曜・祝日	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 時間外は夜勤等が対応します。
定休日		ありません。
窓口の名称		ミモザ株式会社 本社 お客様相談室
電話番号		03-6712-8110
対応している時間	平日	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	土曜	
	日曜	
定休日		土曜、日曜、年末年始が定休日です。これらに該当しない祝日

		は対応しております。
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、年末年始
窓口の名称		川越市介護保険課
電話番号		049-224-5384
対応している時間	平日	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5
	土曜	
	日曜・祝日	
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	1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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) 介護サービスの提供にあたり、事故が発生し入居者の生命、身体等に損害が発生した場合、入居者の故意によるものを除いて、賠償します。入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。尚、天災等の不可抗力は除きます。
	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
	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
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり		(開催頻度) 年 2 回
	2 なし		
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)	
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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）

※_____様

説明年月日 年 月 日

説明者署名_____

※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	ミモザヘルパーステーション川越	川越市大字的場 2466-16
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		
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	ミモザ川越清水 ミモザ川越石原	川越市清水9-7 川越市石原町2-30-1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ミモザ川越清水 ミモザ川越石原	川越市清水9-7 川越市石原町2-30-1
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＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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		
＜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	ミモザ川越清水 ミモザ川越石原	川越市清水9-7 川越市石原町2-30-1
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ミモザ川越清水 ミモザ川越石原	川越市清水9-7 川越市石原町2-30-1
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		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							なし	あり
	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）			備 考		
			包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				要介護者適宜対応
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				要介護者適宜対応
おむつ代			なし	あり		○	実費	別紙「おむつ価格表」により
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	550 円	週2回まで・週3回目以降浴室使用料 1 回550円
特浴介助	なし	あり	なし	あり				要介護3～5要介護必要時使用
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				要介護者適宜対応
機能訓練	なし	あり	なし	あり				サービス計画に基づき
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円	スタッフ 1 人につき 1 時間 2200 円、交通費実費 ※片道 5km 圏内
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	770 円	週1回定期清掃・左記以外1回30分につき770円
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	550 円	週 1 回定期交換、週2回以上は1回550円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	770 円	週3回まで・4回以上1回770円、クリーニング依頼分は実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	220 円	個別にご希望される方のみは1回220円 ※病気等の時は掛かりません
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	実費
おやつ			なし	あり				食事代に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	2,200 円	適宜対応（週1回まで）・左記以外1回1時間につき2200円 ※利用できる範囲川越市内
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				入居者が行うことを原則としますが、契約時に本人及び身元引受人と相談させていただきます。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年1回受診する機会を提供（日程、診断項目又は医療機関等については、ホームが示したものに限ります）、実費
健康相談	なし	あり	なし	あり				適宜対応
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				適宜対応（月1回以上）

服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				適宜対応
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				適宜対応
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				協力医療機関適宜対応
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,200 円/ 時・人	※協力医療機関適宜対応 ※協力医療機関以外はスタッフ1人につき1時間2200円・交通費実費
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				

※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、月額サービスの費用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。