

サービス付き高齢者向け住宅

登録番号：栃木県第97号

ハートランド・アイリ小山Ⅲ

入居契約重要事項説明書

生活支援サービス重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

本書記載の内容は2019年10月1日時点の料金、消費税率及び
介護保険給付費等に基づいており、全て税込み表示となっています。
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。

重要事項説明書

(サービス付き高齢者向け住宅登録事項)

(住宅型有料老人ホーム重要事項説明)

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条及び老人福祉法第29条第5項に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。なお、生活支援サービスに関する契約については、生活支援サービス重要事項説明書により、別途説明します。

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) はーとらんど・あいりおやまさん
	ハートランド・アイリ小山Ⅲ
所在地	(住居表示) 栃木県小山市東城南1丁目6-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR宇都宮線 小山駅から 徒歩27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 平成29年5月1日 から 令和21年4月30日 まで
施設に関する権原	<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5月1日 から 令和21年4月30日 まで
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 平成29年5月1日 から 令和21年4月30日 まで

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) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
住所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 367-0023) 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 電話番号 0495-71-6551
法人の役員	別添1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) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
事務所の所在地	(郵便番号 367-0023) 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 電話番号 0495-71-6551

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 23 戸
居住部分の 規模	(最小) 18.68 m ²
	(最大) 18.83 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 木造 階数 2階建
竣工の年月	平成29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、入居資格、入居開始時期及び入居に関する要件

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <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	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 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	別添普通賃貸借契約書のとおり	
入居開始時期	から	
入居対象となる者	<input type="checkbox"/> 自立している者 <input type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者	
留意事項	65歳以上で要介護認定の方を優先いたします。	
契約解除の内容	普通賃貸借契約書第10条、第11条、第12条に定めるとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	普通賃貸借契約書第10条
	解約予告期間	原則として、60日
	解除事由	一 入院又は外泊が連続して2か月を超えるとき、又は超えることが予想されるときで、かつ復帰の目途が立たないとき。ただし、協議の場において、入居者が退院後等に復帰を希望する場合には、事業者はその実現に努めるものとする。 二 賃料その他の支払いを2か月分以上滞納し、相当期間を定めて催告をしたにもかかわらず、履行期にある債務の全額が弁済されなかったとき。 三 不正の手段によって入居したとき。 四 提出書類等で虚偽の申告があったとき。 五 常時医療行為が必要となるなど、入居者の身体状況が甲の対応の範囲を超えたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聞き、一定の観察期間を経た上で、入居者及び連帯保証人の同意を得るものとする。 六 第7条の規定に違反したとき。 七 第8条1項11号～13号及び21号～23号の規定に違反したとき。 八 第8条1項1号～10号、14号～20号及び24号～26号の規定に違反し、相当期間を定めて催告したにもかかわらず、違反状態が解消されないとき。 九 上記に掲げるほか、事業者と入居者との間の信頼関係が破壊され、これ以上本契約を継続することが難しいとき。
入居者からの解約予告期間	30日前までに所定の解約届を提出してください。また、解約届提出の日から30日分の賃料・共益費相当額を支払うことにより、同期間内であれば随時契約を解約することもできます。	
入院時の取扱い	入院中も入居契約は継続し、家賃・共益費及びサービス利用料をお支払いいただきます。食費は利用実績により1食単位で計算を行い、お支払いいただきます（入院中の利用がない分はお支払いいたしません）。	
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談	
体験入居の有無	<input type="checkbox"/> あり（内容： <input type="checkbox"/> ） <input checked="" type="checkbox"/> なし	

6 医療連携の内容

協力医療機関①	名称	つばさクリニック
	住所	栃木県下野市大光寺2丁目19-7
	診療科目	内科
	協力内容	往診
協力医療機関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	

7 職員体制

日中の職員体制（※生活支援サービスを提供する常駐職員の配置）			
人員配置	1人	常駐する時間	9時00分～18時00分
常駐場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
日中以外の時間の職員体制			
人員配置	1人	常駐する時間	18時00分～9時00分
常駐場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地		
備考			

（職種別の職員数）

（令和3年7月1日現在）

① 職員の人数及びその勤務形態															
職種	延べ人数	常勤		非常勤		合計	兼務状況等 （委託である場合はその旨を記入）								
		専従	非専従	専従	非専従										
施設管理者	⇒③-1	1				1人									
生活支援サービス提供職員（生活相談員） （食事提供サービスを除く）	⇒③-2		3		5	8人									
うち、看護職員：直接雇用						0人									
うち、看護職員：派遣						0人									
うち、介護職員：直接雇用	⇒③-3					0人									
うち、介護職員：派遣						0人									
うち、機能訓練指導員	⇒③-4					0人									
栄養士						0人									
調理員						0人									
事務員						0人									
その他						0人									
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40時間											
③-1 施設管理者の資格				介護福祉士											
③-2 生活支援サービス提供職員の資格															
資格	延べ人数	常勤		非常勤											
		専従	非専従	専従	非専従										
医師															
看護師															
准看護師															
社会福祉士															
介護福祉士			1		2										
介護支援専門員															
実務者研修			1		1										
介護職員初任者研修			1		2										
③-3 介護職員の資格															
資格	延べ人数	常勤		非常勤											
		専従	非専従	専従	非専従										
介護福祉士			1		2										
介護支援専門員															
実務者研修			1		1										
介護職員初任者研修			1		2										
たん吸引等研修（不特定）															
たん吸引等研修（特定）															
資格なし															
③-4 機能訓練指導員の資格															
資格	延べ人数	常勤		非常勤											
		専従	非専従	専従	非専従										
理学療法士															
作業療法士															
言語聴覚士															
看護師又は准看護師															
柔道整復師															
あん摩マッサージ指圧師															
④ 職員の職種別・勤続年数別人数（本住宅における勤続年数）															
勤続年数	職種	施設管理者		生活支援サービス提供職員											
		常勤	非常勤	看護職員		介護職員		機能訓練指導員							
				常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤				
1年未満		1		3	5			3	5						
1年以上3年未満															
3年以上5年未満															
5年以上10年未満															
10年以上															
合計		1	0	3	5	0	0	3	5	0	0				
⑤ 職員の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし													

8 サービス付き高齢者向け住宅において入居者から受領する金銭（生活支援サービスに関する費用を除く）

家賃の概算額	(最低) 約 51,000 円	住戸ごとの内容は別添2のとおり
	(最高) 約 51,000 円	
共益費の概算額	(最低) 約 10,500 円	
	(最高) 約 10,500 円	
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	家賃の0月分
	(最高) 約 0 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
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	
	サービス提供の対価	
返還額の算定方法		
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間		
家賃等の前払金の返還額の推移		
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 ()

※入居者が生活保護法の被保護者である場合には、協議の上、家賃・共益費・敷金の額を、同法に抵触しない範囲で減額することがあります。

9 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	(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	()

10 苦情・事故等に関する体制

窓口の名称	ハートランド・アイリ小山Ⅲ	株式会社ワイグッドケア	
電話番号	0285-39-6033	0495-71-6551	
対応している時間	平日	9:00~18:00	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00	—
	日曜・祝日	9:00~18:00	—
定休日	8/13~8/15、12/30~1/3		
利用者の意見を把握する体制	実施日	意見箱を常時設置	情報の開示 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容) 東京海上日動火災保険株式会社/超ビジネス保険	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容) 地震、津波などの天災、戦争、暴動等や、入居者様の故意によるものを除いて、速やかに損害を賠償します。	<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 (内容) 社内マニュアルに準ずる。	<input type="checkbox"/> なし

1 1 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	事業所の番号	事業所の番号
訪問介護ハートランド小山 東城南出張所	訪問介護・第一号訪問事業	0970801890	<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
デイサービスハートランド・アイリ小山Ⅲ	地域密着型通所介護	0990800377	<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

1 2 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 ※ 6 医療連携の内容欄に記載	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の住所	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	

1 3 入居者の現況

(令和3年7月1日現在)

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢	71.4 歳	入居者数合計	7 人					
年齢	介護度	※要介護度を把握している場合に記載。								
		合計	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
65歳未満		1						1		
65歳以上75歳未満		3				1				2
75歳以上85歳未満		3					3			
85歳以上		0								
合計		7	0	0	0	1	3	1	0	2

入居継続期間別入居者数							
入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計
入居者数	7						7

男女別入居者数	男性	7 人	女性	人
---------	----	-----	----	---

入居率（一時的に不在となっているものを含む。）	30.0 %（全戸数に対する入居戸数）
-------------------------	---------------------

直近一年間に退去した者の人数と理由				退去者数合計：	
理由	人数（人）	理由	人数（人）	理由	人数（人）
自宅・家族同居		他の有料老人ホームへの転居		医療機関への入院	
介護老人福祉施設（特養等）へ転居		うち、他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		死亡	
介護老人保健施設へ転居			その他（ ）		
介護療養型医療施設へ転居		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居			

生前解約の状況	施設側の申し出	人	(解約事由)
	入居者側の申し出	人	(解約事由)

1.4 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書のひな形	<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	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<input 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 (※必要事項が盛り込まれていれば、重要事項説明書を管理規程に代えることも可。)	<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	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input 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 (※前払金を受領する場合に記載)	<input 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	(その他)	<input 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

1.5 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 1 回予定) (開催方法等) 本契約の履行に伴って生ずる諸種の問題に関し、契約当事者が意見交換を行う場として運営懇談会を設置し、年1回定例会を、また必要に応じて臨時会を開催します。運営懇談会の構成員は、利用者、連帯保証人、当ホームの管理者並びにその他の職員、民生委員等とします。
	<input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応 (※入居者がおおむね9人以下の場合等) (内容)
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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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
(介護予防) 特定施設入居者生活介護事業所 (地域密着型を含む)	<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

1.6 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

高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針 (平成21年厚生労働省・国土交通省公示第1号) に従い、適切に管理します。

1.7 高齢者生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等
<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できるよう、入居者様の状況を把握し、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、併設及び地域の診療所 ・介護事業所と連携を図り、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。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、連携以外のサービス事業者のサービス (介護保険サービス、医療サービス等) を自由に選択することができます。</p>
住宅で対応できる医療的ケアの内容
<p>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 ・ストーマ処置 ・インシュリン注入管理等の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があります。</p>

1.8 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

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態	提供の対価 (概算月額 ・ 税込)	詳細については別添3参照
	状況把握 ・ 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 18,700 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 46,500 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 円		
調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 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 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		

別添 I

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
やまざき たもつ	代表取締役
山崎 保	
なかじま いちろう	代表取締役
中島 一郎	

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

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			
I	18.68	×	○	○	×	×	○	2	103、106	51,000
I	18.83	×	○	○	×	×	○	3	102、105、107	51,000
I	18.68	×	○	○	×	×	○	2	101、108	51,000
I	18.68	×	○	○	×	×	○	6	203、206、208、 211、216、218	51,000
I	18.83	×	○	○	×	×	○	6	202、205、207、 210、215、217	51,000
I	18.68	×	○	○	×	×	○	3	201、213、220	51,000
I	18.83	×	○	○	×	×	○	1	212	51,000

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

設備等	設備箇所数	合計床面積 (㎡)	設備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂・居間・台所	2	90.67	1階1箇所、2階1箇所	23	
洗濯室	2	31.04	1階1箇所、2階1箇所	23	
収納	1	3.98	1階1箇所	23	
脱衣室	3	11.58	1階1箇所、2階2箇所	23	
浴室	3	10.76	1階1箇所、2階2箇所	23	

注) 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。

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 type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <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 checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	5 人	
		<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	3 人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	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						
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時	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3回の食事提供時に安否確認・夜間の居室巡回				毎日 4 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	0時00分～24時00分	左記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
		通報方法	ナースコール					
		通報先	建物内の事務所			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 18,700 円	前払金の算定方法				
		前払金	約 0 円					
備考		各居室への安否確認、24時間緊急コールへの対応、救急搬送の同行及び家族への連絡、夜間巡回、生活相談への助言を行います。 サービス提供の対価は、税込価格です。						

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					
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"/> 次の期間を除く ()				
		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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" 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 46,500 円	内訳	朝食 310 円	昼食 620 円	夕食 620 円
		前払金	約 0 円	前払金の算定方法			
備考		基本的には食堂にて食事をしていただきますが、入居者の状況に応じて居室配食サービスも行っていきます。キャンセルの場合は、2日前の12時までにお申し出ください。 サービス提供の対価は、税込み価格です。					

※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 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	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" 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 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		おむつ代は実費となります。			

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	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (買い物代行等)		
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		買い物代行サービス等は、1時間当たり2,640円（税込）が別途かかります。			

5 健康管理サービスの内容（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"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 通院等の付添い <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		費用は、状況把握及び生活相談サービス費用に含みます。			

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	立替金サービス、郵便物、宅配便の荷受受付、面会者への対応、 外出通院等の付添い、代行サービス		
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		日常生活消耗品の購入等は、立替金サービスが利用頂けます。 立替金サービスの利用にはお申込が必要です。 外出や通院等の付添い、代行サービスは、1時間当たり2,640円（税込）が別途かかります。			

事業主体が栃木県内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地	
<居宅サービス>				
訪問介護	有り	2	訪問介護ハートランド小山	小山市城北6丁目2-7
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	無し			
訪問リハビリテーション	無し			
居宅療養管理指導	無し			
通所介護	無し			
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	無し			
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	無し			
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し			
夜間対応型訪問介護	無し			
認知症対応型通所介護	無し			
小規模多機能型居宅介護	無し			
認知症対応型共同生活介護	無し			
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し			
看護小規模多機能型居宅介護	無し			
地域密着型通所介護	有り	2	デイサービスハートランド・アイリ小山II	小山市城北6丁目2-8
居宅介護支援	無し			
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	無し			
介護予防短期入所療養介護	無し			
介護予防特定施設入居者生活介護	無し			
介護予防福祉用具貸与	無し			
特定介護予防福祉用具販売	無し			
<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	無し			
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し			
介護予防認知症対応型共同生活介護	無し			
介護予防支援	有り	1	訪問介護ハートランド小山	小山市城北6丁目2-7
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			

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）		包含※2	都度※2	料金※3（税込）	備 考	
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり					
排せつ介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			失禁等の緊急時のみ対応。	
おむつ代			なし	あり		○		内容による。（実費）	
入浴（一般浴） 介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	2,640円/h	小山市内に限ります。	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		シーツ交換週1回無料、布団550円（1回）、枕330円（1回）、ベッドパット330円（1回）	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			精神的肉体的疾患等があり、止むを得ない場合。	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり	○			持ち込みのおやつやの配膳と場所の提供。	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		内容による。（メニュー表あり）	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	2,640円/h	ご本人の希望に応じ行います。※訪問介護等の利用を優先します。	
役所等手続代行	なし	あり	なし	あり		○	2,640円/h	代行サービスは希望に応じ行います。	
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			体調不良時はクリニックと連携し見守りの強化。	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			食事量の確認。	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			配薬のみ。	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			夜間の巡回あり。	
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり	なし	あり					
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	2,640円/h	病院との連携や申し送り。診療情報やサマリーの受取り。車での送迎。	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり					
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				病院と連携し、特別な事情があれば対応可。	

※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回当たりの金額など、単位を明確にして記入する。

生活支援サービス重要事項説明書

1 生活支援サービス提供事業者

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	(ふりがな) かぶしがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
事業者の所在地	(郵便番号 367-0023) 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号
事業者の連絡先	電話番号 0495-71-6551
	FAX番号 0495-71-6575
	ホームページアドレス https://ygood.jp/
事業者の代表者名	代表取締役 中島 一郎

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	(ふりがな) かぶしがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
事業主体の主たる事務所の所在地	(郵便番号 367-0023) 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号
事業主体の連絡先	電話番号 0495-71-6551
	FAX番号 0495-71-6575
	ホームページアドレス https://ygood.jp/
事業主体の代表者の氏名及び職名	代表取締役 中島 一郎
事業主体が行っている主な事業等	住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の運営

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	(ふりがな) はーとらんど・あいりおやまん
	ハートランド・アイリ小山Ⅲ
住宅の所在地	(郵便番号 323-0829) 栃木県小山市東城南1丁目6-1
住宅の連絡先	電話番号 0285-37-6033
	FAX番号 0285-37-6034
	ホームページアドレス https://ygood.jp/
住宅の管理者名	
住宅の開設年月日	令和2年11月1日
居住の契約方式	普通賃貸借契約

4 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等		
<p>当住宅では、居住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、居住者様の状況を把握し、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、併設及び地域の診療所・介護事業所と連携を図り、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>		
生活支援サービスの内容		
基本サービス	料金	(提供方法・提供者)
状況把握 (安否確認)	18,700円/月 (税込)	<ul style="list-style-type: none"> ・日中1名(9時～18時)で対応、それ以外の時間帯は訪問介護員が常駐しており、安否の確認を行います。介護ヘルパーが夜間も巡回しております。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> ・担当職員による相談に対する助言(食事・健康・趣味・人間関係)を行います。 ・専門家や専門機関の紹介(医療機関・地域包括センター等)をいたします。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
緊急時対応		<p>【9時～18時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中は、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携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。 <p>【19時～9時】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間は、弊社が運営する訪問介護事業所の職員がナースコールを受信し、必要に応じて、各居室まで5分以内に駆けつけます。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
上記以外の生活支援サービス等		
選択サービス	料金	(提供内容・方法・提供者)
食事の提供サービス	46,500円/月 (税込)	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額税抜46,500円(30日の場合)[朝食310円・昼食620円・夕食620円(税込)] ・1階の食堂で提供します。医師等による指示がある場合のみ居室に配食します。 ・食事は、本住宅の厨房の専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の2日前12時までにお知らせ下さい。 それ以降のキャンセルについては、金額が発生致しますので、お気をつけ下さい。
付添い・代行サービス	2,640円/時 (税込)	<ul style="list-style-type: none"> ・外出や通院などの付添い、利用者からの依頼による代行などのサービスを行います。 なお、交通費が必要な時は実費負担となります。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
立替金サービス	0円	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅での生活に必要な、日常消耗品等の購入には、立替金サービスをご利用いただけます。 立替金の使用目的は、ハートランド・アイリ小山Ⅲの利用料に含まれない個人的な支出のお支払いとなります。 支出基準は、立替金サービス利用規程により一支出項目あたり、一万円以内とします。 ・立替金サービスのご利用は、利用申込書にてお申し込みください。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
その他サービス	0円	<ul style="list-style-type: none"> 健康相談、血圧等の測定、医療機関等の紹介。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
受付サービス	0円	<ul style="list-style-type: none"> 郵便物、宅配便の荷受受付。面会者への対応。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア

5 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等		
サービス種類ごとに業務に係る人数を記載して下さい。	人数	委託先等
基本サービススタッフ	1人	株式会社ワイグッドケア
調理員	人	
夜間の職員体制	常駐の(有)・無)	1人 株式会社ワイグッドケア

6 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
毎月15日に請求書を発行し、入居者様に送付します。	
支払方法	
毎月23日までに支払請求分を自動払込みにて、お支払いいただきます。	

7 生活支援サービス利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況		
窓口の名称	ハートランド・アイリ小山Ⅲ	
電話番号	0285-37-6033	
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	土曜日・日曜日・祝日	
留意事項	ご利用者様からの「苦情」は、ご不満の解消とその原因となった事項の改善に向けて、適切に対応しご利用者様の信頼及び満足度を高めます。「苦情」は、迅速かつ適切な解決・改善を目指して対応します。また定期的に経営者に報告するとともに、全社的な情報共有化を推進、再発を防止します。	
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		
具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命・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（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）を行います。	

8 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
外出、帰宅及びご家族等の来訪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、事前に介護職員へご連絡下さい。	
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。
ゴミ処理について	
見守りサービスとして、ゴミ出しサービスを行っています。地域で定められているゴミ出しの期日までに、各住戸にお伺いします。粗大ゴミについては、別途ご相談させていただきます。	

9 契約の解除内容等

入居者からの解約	
利用者は、事業者に対し文書で申し入れることにより直ちに解除できますが、既に支払ったサービス料金（請求書に付した明細書の料金）は、返金しません。	
事業者からの解除	
<p>I 債務不履行による場合</p> <p>事業者は、利用者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利用者に対し、相当な期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除することがあります。</p> <p>II 中途解除について</p> <p>事業者は、利用者に対し、契約の有効期間内であっても正当な理由があると認められる場合には、少なくとも6か月前までに予告することにより、契約を解除することができます。</p>	

10 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 (東京海上日動火災保険株式会社/超ビジネス保険)	

説明年月日 _____ 年 月 日

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 株式会社ワイグッドケア _____

所在地 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 _____

代表者名 中島 一郎 _____

説明者氏名 _____

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。

利用者名 _____

利用者代理人署名 _____