

## 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 東京都港区芝二丁目9番10号  
氏名 株式会社長谷工シニアウェルデザイン  
代表取締役社長 幸谷登

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 ぶらんしえーるけあむさしうらわ グランシエールケア武蔵浦和
所在地※	〒 336-0031 埼玉県さいたま市南区鹿手袋4丁目32-30 電話番号 048-710-5710 FAX番号 048-710-5712 メールアドレス HPアドレス <a href="https://www.haseko-senior.co.jp/home/musashiurawa/">https://www.haseko-senior.co.jp/home/musashiurawa/</a>
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 JR埼京・武蔵野線 武蔵浦和 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 checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 2014年 3月19日～ 2039年 3月18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
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 2014年 3月19日～ 2039年 3月18日まで 契約の自動更新 <input checked="" 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 2014年 3月19日～ 2039年 3月18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

(※)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 かぶしがいいしやはせこうしにあうえるでざいん 株式会社長谷工シニアウェルデザイン	
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	〒 105-0014 東京都港区芝二丁目9番10号 電話番号 03-5427-6480 FAX番号 03-5427-3171	
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 かぶしきがいしやはせこうしにあうえるでざいん 株式会社長谷工シニアウェルデザイン
事務所の所在地	〒 105-0014 東京都港区芝二丁目9番10号 電話番号 03-5427-6480

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 65 戸
居住部分の規模	(最小) 18.00 m <sup>2</sup>
	(最大) 20.80 m <sup>2</sup>
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 鉄筋コンクリート一部鉄骨 造 階数 4 階建
	<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 2,658.10 m <sup>2</sup> (うちサービス付き高齢者向け住宅部分2,658.10m <sup>2</sup> )
竣工の年月	2014年3月20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 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 checked="" 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 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 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 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。）
	施設利用時
契約解除の内容	設置者は、終身賃貸借契約書第14条及び(介護予防)特定施設入居者生活介護契約書第16条の規定に基づき、以下の場合には契約を解除することができます。 ・入居申込書に虚偽の事項の記載するなど、不正の行為によって入居したとき ・入居契約書反社会的勢力の排除の確約に反する事実が判明した場合 ・入居契約書禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者等の言動が他の入居者又は従業員に危険、迷惑、不快を及ぼし、設置者から行為者にその是正を求めるも行為者が繰り返し、これら行為に及ぶとき ・入居契約の各条項に違反したとき ・入居契約を継続することが困難な事由が生じたとき

事業主体から解約を求 める場合	解約条項	入居契約書(甲からの解約)に定める
	解約予告期間	6ヶ月
入居者からの 解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容:1泊2日 3食付15,000円(消費税込 16,500円) <input type="checkbox"/> なし 介護保険法のショートステイとは異なります)	
入居定員	65名	
その他	連帯保証人・身元引受人・返還金受取人の役割を担う方をお一人ずつ定めていただきます。それぞれの役割は、兼ねることができます。 連帯保証人 <input type="checkbox"/> 入居者とともに金銭債務を履行する責任 身元引受人 :入居者の生活に関し、設置者との連絡・協議及び入居者の身柄の引き取り 返還金受取人 :返還金が生じた場合の受取	

事業開始時期	年	月	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
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 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 39,180 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 97,900 円		
家賃の概算額	(最低)	約 120,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり		
	(最高)	約 120,000 円			
共益費の概算額	(最低)	約 50,000 円			
	(最高)	約 50,000 円			
敷金の概算額	(最低)	約 360,000 円	家賃の 3 月分		
	(最高)	約 360,000 円			
水道光熱費の支払方法	水道代1,500円(消費税込1,650円)、電気代 実費。				
前払金※の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
家賃等の前払金の概算額	(最低)	約 4,940,000 円	(最高)	約 10,160,000 円	
家賃等の前払金の算定の根拠	家賃	1か月分の賃料(又は賃料の一部)×乙の想定居住月数+ [想定居住月数を超えて契約が継続する場合に備えて甲が受領する額]			
	サービス提供の対価	なし			
想定居住期間(償還年月数)	契約時年齢75歳~79歳:6年(72ヶ月)、契約時年齢80歳以上:5年(60ヶ月)				
償却の開始日	契約期間の始期(鍵の引き渡し日)				
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)	前払金の30%相当額				
初期償却率	前払金の30%相当額				





	1	名称	秋葉病院			
		住所	さいたま市南区根岸5-13-10 事業所からの距離:約1,470m			
		診療科目	内科、外科、脳神経外科、神経内科、眼科			
		協力科目	緊急時の対応、健康相談他			
		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	
	2	名称	デュエット内科クリニック			
		住所	さいたま市南区別所6-18-8 事業所からの距離:約350m			
		診療科目	内科・総合診療科、脳神経内科			
		協力科目	総合内科、神経内科			
		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	
3	名称	浦和南クリニック				
	住所	さいたま市南区白幡4-29-3 第5隆伸ビル1F 事業所からの距離:約 400m				
	診療科目	内科				
	協力科目	内科				
	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		
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	ラビット歯科			
		住所	戸田市新曽1292-4 事業所からの距離:約5,300m			
		協力内容	定期訪問による訪問歯科診療、口腔ケア			
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

基本方針及び埼玉県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

13. サービスの内容  
(全体の方針)

事業の目的	老人福祉法、介護保険法、その他関係法令、都道府県等地方自治体が示す有料老人ホーム設置運営指導指針及び公益社団法人全国有料老人ホーム協会が定める倫理綱領を遵守し、入居契約の定めに従い、入居施設を契約終了まで利用する権利と各種サービスを提供します。
運営に関する方針	一人ひとりの心地いいをデザインすることで、空間・時間・仲間の質を高め、「選んでよかった」と思える居場所をつくり続けていくことを使命とします。
サービスの提供内容に関する特色	一人ひとりの心地いいをデザインし、3つの「間」の質を高め続けていきます。 「心地いい空間」 安心・安全を感じられる建物・設備・環境を整えます。毎日に豊かさを添える演出を考え、実行します。ご入居者ご自身が選ぶことのできる余白をつくります。 「心地いい時間」 ご入居者自身が人生で培ってきた価値観・経験を尊重します。心身の状態の変化にも、柔軟に寄り添います。長く楽しく暮らすために必要な試みを積極的に取り入れます。 「心地いい仲間」 心地いいと感じるベストな距離感で接します。地域との関わり合いをサポートします。長谷工グループ一丸となり、暮らしを支えます。

(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の体制の有無 ※「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
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	ADL維持加算	(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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算(※)		<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
	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
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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 checked="" type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1	
	<input type="checkbox"/> なし		

(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 checked="" type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合	
	<input type="checkbox"/> その他( )	
判断基準の内容	入居者の要介護状況により、契約した介護居室から他の介護居室へ居室の変更をしていただく事があります。	
手続きの内容	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見を聞く	
	<input checked="" type="checkbox"/> 一定期間の観察期間を置く	
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人または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	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	<input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> なし 室内の仕様に変更はないが、階層が変更する事があります

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 (2024/7/1現在)

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	事業所の従業員の管理及び業務の管理	1	1		1.0
生活相談員	入居者等からの相談、関係各所との連絡調整等	2	2		1.3
直接処遇職員		37	16	21	31.9
介護職員	適切な介護サービスの提供	33	15	18	28.7
看護職員	入居者の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護	4	1	3	3.2
機能訓練指導員	身体機能の減退防止のための訓練の指導	1	1		1.0
計画作成担当者	サービス計画の作成	1	1		1.0
栄養士	献立の作成、入居者の栄養指導、調理員の指導等				
調理員	献立に基づく、調理及び配膳				
事務員	必要な事務手続き	2	1	1	1.9
その他職員	その他業務全般	5		5	2.0
1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1					40 時間
<p>※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。</p>					

(資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数(実人数) 33 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	16	4		12	
実務研修の修了者	7	2		5	
初任者研修の修了者	14	7		7	
介護支援専門員	1	1			
(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					
理学療法士	1	1			
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 (17時～翌9時)		
職種	平均人数	最小时人数※
看護職員	— 人	— 人
介護職員	2 人	1 人

※最小时人数は、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 checked="" type="checkbox"/> 2.5:1以上
		<input 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)	1.21:1
※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		中島 翼								
	職名		事業所長								
	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		2	0	4	1						
前年度1年間の退職者数		1	2	2	4						
業務に 応じた 経験 人数	1年未満	1	1	8							
	1年以上 3年未満		2	2	3			1			
	3年以上 5年未満			2	7						
	5年以上 10年未満				5						
	10年以上			3		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	10人	入居期間別	6ヶ月未満	9人
	女性	38人		6ヶ月以上1年未満	5人
年齢別	65歳未満	0人		1年以上5年未満	23人
	65歳以上75歳未満	0人		5年以上10年未満	10人
	75歳以上85歳未満	6人		10年以上15年未満	1人
	85歳以上	42人		15年以上	0人
要介護度別	自立	0人			
	要支援1	9人			
	要支援2	3人			
	要介護1	17人			
	要介護2	9人			
	要介護3	5人			
	要介護4	5人			
	要介護5	0人			

(入居者の属性)

平均年齢	89.3	歳
入居者数の合計	48	人
入居率※	73.8	%
※ 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	2	人	
	社会福祉施設	3	人	
	医療機関		人	
	死亡者	17	人	
	その他	3	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	8	人	(解約事由の例) 他施設転居

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	本社 ご入居者相談窓口
	電話番号	0120-045-485
	対応している時間	月～金 10:00～17:00
	定休日	土日祝日および年末年始
2	窓口の名称	(公社)全国有料老人ホーム協会
	電話番号	03-5207-2763
	対応している時間	月～金 10:00～17:00
	定休日	土日祝日および年末年始
3	窓口の名称	さいたま市南区役所高齢介護課高齢福祉係
	電話番号	048-844-7177
	対応している時間	月～金 8:30～17:15
	定休日	上記以外および年末年始
4	窓口の名称	さいたま市 福祉局 長寿応援部 介護保険課
	電話番号	048-829-1265
	対応している時間	月～金 8:30 ～ 17:15
	定休日	土日祝日および年末年始
5	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(苦情相談専用)
	対応している時間	月～金 8:30～12:00、13:00～17:00
	定休日	土日祝日および年末年始

(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) 「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入
	<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) サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償されます
	<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	<input type="checkbox"/> なし
事故発生時の対応方法	万一事故等が発生した場合には、事故防止・対応マニュアルに基づき、応急措置、家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医または119番に連絡をとる等、必要な措置を講じます。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。	
利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法	緊急対応マニュアルと医師の指示にもとづき、対応します。	

(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) 緊急対応マニュアルにもとづき、対応します。
	<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) 緊急対応マニュアルにもとづき、対応します。
	<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	
業務(事業)継続計画の策定の有無	<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	
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1回 訓練の実施 年1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	2018/2/15
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2020/1/30
		評価機関名称	株式会社日本生活介護
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<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 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
提携ホームへの移行※	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
虐待の防止のための措置	入居者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるよう努めるものとする。 一 虐待防止に関する責任者の選定及び設置 二 成年後見制度の利用支援 三 苦情解決体制の整備 四 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施	

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: 掲示 周知方法: 社内相談窓口
	<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)
施設の利用に当たっての留意事項	事業所の利用に当たっては、当該有料老人ホームの管理規程の内「居室等の使用細則」、「共用施設等の利用細則」等に従って対応していただきます。	
※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。		

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

武蔵浦和一重説-241001



## 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	×	○	○	×	×	○	48	102～109号室 201～207 210～218号 室 301～307 311～ 316号室 401～407 411～414号室	120,000
1	18.9	×	○	○	×	×	○	8	208 209号室 308～310号室 408～410号室	120,000
1	19.2	×	○	○	×	×	○	5	219～222号室 318号室	120,000
1	19.5	×	○	○	×	×	○	2	317号室 415号室	120,000
1	20.8	×	○	○	×	×	○	2	319号室 416号室	120,000

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
浴室	7	73.56	1階、2階、3階、4階	65	1階2階3階4階平面図
食室 (談話室・洗面コーナー含 む)	4	357.08	1階、2階、3階、4階	65	1階2階3階4階平面図
リハビリルーム	1	32.21	1階	65	1階平面図
洗濯室	4	21.27	1階、3階、4階	65	1階3階4階平面図
共用トイレ	5	18.46	1階、2階、3階、4階	65	1階2階3階4階平面図

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	

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

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 type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	2人
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	3人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	16人
常駐する場所	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	14人
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	8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	~ 17 時 00分
	上記以外の時間	17 時 分	~ 9 時 00分
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法			人員 6人
	<input checked="" 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)		人員 3人
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時 0 分 ~ 24 時 0分
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間
	通報方法	各居室に設置する緊急通報装置による	
	通報先	フロア内共有iPhone	通報先から住宅までの到着予定時間 2分
緊急時における対応の内容	緊急対応マニュアルと医師の指示にもとづき、対応します		
生活相談サービスの内容	日常生活における入居者の心配事や悩みなどについて相談に応じます。		
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )	
	提供時間	24時間常駐	
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	要支援・要介護の認定を受け、(介護予防)特定施設入居者生活介護の契約をされた方は、介護保険の自己負担分をお支払いいただきます。		

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) かぶしきがいしやれおつく 株式会社LEOC				
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 100-0004 ) 東京都千代田区大手町1丁目1-3		電話番号 03-5220-8550		
	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 336-0031 ) 埼玉県さいたま市南区鹿手袋4-32-30		電話番号 048-710-5710		
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input 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 39,180 円	内訳	朝食 367 円 昼食 399 円 夕食 540 円	
		前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考		1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。お支払いは注文した分のみとなります。 朝食340円(消費税込367円※) 昼食370円(消費税込399円※) 夕食500円(消費税込540円※) ※食費(飲食物品の提供の対価)に係る消費税率については、一食670円以下、一日累計額2,010円に達するまでは、軽減税率(8%)の対象となります。				

※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 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		要支援・要介護の認定を受け、(介護予防)特定施設入居者生活介護の契約をされた方は、介護保険の自己負担分をお支払いいただきます。				

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 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	要支援・要介護の認定を受け、(介護予防)特定施設入居者生活介護の契約をされた方は、介護保険の自己負担分をお支払いいただきます。				

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 checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input 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	要支援・要介護の認定を受け、(介護予防)特定施設入居者生活介護の契約をされた方は、介護保険の自己負担分をお支払いいただきます。				

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>	
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	来館者受付及び入居者への取次ぎ、各種業者取次ぎ及び手配、居室内小修繕・電球の交換等、日常生活対応、手厚い人員配置によるサービス等	
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約 97,900 円	前払金の 算定方法
	前払金	約 円	
備考	内訳:フロントサービス費 59,000円(消費税込64,900円) 介護費用(上乗せ介護費)30,000円(消費税込33,000円) 1ヶ月を30日とした場合の金額です。お一人日額1,000円(消費税込1,100円)となります。 ※介護保険サービスの自己負担額は含みません。		

## 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	ブランシエール大宮 公園 他5事業所	見沼区大和田町1-1275 他
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		
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	ブランシエール大宮 公園 他5事業所	見沼区大和田町1-1275 他
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		
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		

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(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

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		自立		要支援1・2、要介護1~5	
月額利用料で実施するサービス(利用者一部負担)	備考	個別の利用料で、実施するサービス(利用者全額負担)	包含	包含	料金額
なし	あり	なし	あり	なし	あり
<介護サービス>					
食事介助	必要時見守り一部介助				
排泄介助・おむつ交換					
おむつ代					
入浴(一般浴)介助・清拭					
特浴介助					
機能訓練					
身辺介助(移動・着替え等)					
通院介助(病院一覧表内)※1					
通院介助(病院一覧表外)					
口腔衛生管理					
外出同行					
緊急時対応					
<生活サービス>					
居室清掃					
リネン交換					
日常の洗濯※2					
居室配膳・下膳	病気時のみ				
食事による特別な食事					
理美容師による理美容サービス					
買い物代行					
役所手続き代行(さいたま市内)					
乗受取代行					
代筆・代読					
支払い代行(立替払い)					
<健康管理サービス>					
健康診断のご案内					
健康相談					
生活指導・栄養指導					
服薬支援					
生活リズムの記録(排便・睡眠等)					
入退院時・入院中のサービス※3					
入退院時の同行(病院一覧表内)					
入退院時の同行(病院一覧表外)					
入院中の居室換気等支援					
入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)					
入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)					

※1:病院一覧表の内、協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2:15日以上不在の場合は、費用は半額となります。特別なクリーニングは美費。

※3:入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注)上記サービスに関わる交通費は美費入居者負担です。但し、週1回のお見舞いについては除きます。

※上記は、本体価格表記です。  
別添、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
・200円(消費税込220円)  
・500円(消費税込550円)  
・1,500円(消費税込1,650円)  
・5,000円(消費税込5,500円)