

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 東京都品川区東品川2-2-24
 氏名 株式会社らいふ
 取締役 事業部長 川島 健太郎

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 ほーむすてーしよんらいふおおみや ホームステーションらいふ大宮			
所在地※	〒 330-0842 埼玉県さいたま市大宮区浅間町1丁目181番地			
	電話番号	048-691-1165	FAX番号	048-691-1166
	メールアドレス	oomiya@life-silver.com	HPアドレス	https://www.life-silver.com/life-silver/facility/oomiya/
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 JR/京浜東北線 大宮 駅から 徒歩 で 14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 2016年 11月 30日 ~ 2046年 11月 29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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	<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			
	<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 2016年 11月 30日 ~ 2046年 11月 29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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 かぶしきがいしやらいふ 株式会社らいふ	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	〒 140-0002 東京都品川区東品川2-2-24	
	電話番号	03-5769-7268 FAX番号 03-5769-7269
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 あっては主たる 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 かぶしがいいしやらいふ 株式会社らいふ
事務所の所在地	〒 140-0002 東京都品川区東品川2-2-24 電話番号 03-5769-7268

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 48 戸
居住部分の規模	(最小) 18.6 m ²
	(最大) 20.4 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 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 3444.29 m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 3444.29m ²)
竣工の年月	2016年 11月 30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 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	別添建物賃貸借契約書のとおり(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 入居時60歳以上の方、要支援・要介護の認定を受けている方
	施設利用時
契約解除の内容	建物賃貸借契約における契約の解除 ・建物賃貸借契約書第9条(契約の解除)に定める解除事由に該当した場合 ・建物賃貸借契約書第10条(乙からの解約)により解約の申し入れがあった場合 (サービス利用契約における契約の解除) ・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第14条に定める解除事由に該当した場合 ・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第15条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 ・特定施設入居者生活介護利用契約書第14条に定める解除事由に該当した場合 ・特定施設入居者生活介護利用契約書第15条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 ・生活支援サービス契約書第8条に定める解除事由に該当した場合 ・生活支援サービス契約書第9条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 (返還金について) 既に払い込まれている利用料は、日割りの利用料を差し引き返還します。
事業主体から解約を求める場合	解約条項 建物賃貸借契約書第9条
	解約予告期間 3ヶ月
入居者からの解約予告期間	7日
体験入居の内容	あり(内容:1泊2日 11,000円(介護費用・食費、税込)最大6泊7日) <input type="checkbox"/> なし ※介護保険は適用外になります)
入居定員	48人
その他	
事業開始時期	2017 年 2 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

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)	詳細については、別添4のとおり
	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 69,000 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 type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低)	約	68,800	円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
	(最高)	約	68,800	円		
共益費の概算額	(最低)	約	48,200	円		
	(最高)	約	48,200	円		
敷金の概算額	(最低)	約		円	家賃の 月分	
	(最高)	約		円		
水道光熱費の支払方法						
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根拠	家賃					
	サービス提供の対価					
想定居住期間(償還年月数)						
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者若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業者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)
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	賃料の改定は、建物賃貸借契約書第4条によります。他利用料の改定についても当該利用契約書に規定したとおり。介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合、それに応じて変動します。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で改定致します。

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 (法人にあつては 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 checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他()		
	協力医療機関	1	名称 医療法人社団 高栄会 みさと中央クリニック 住所 埼玉県三郷市中央1-4-13 診療科目 内科 協力科目 内科、訪問診療、健康診断、緊急対応 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		2	名称 住所 診療科目 協力科目 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
		3	名称 住所 診療科目 協力科目 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
4		名称 住所 診療科目 協力科目 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
5		名称 住所 診療科目 協力科目 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> あり 医療機関の名称 医療機関の住所 <input type="checkbox"/> 2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称 医療法人社団 高輪会 浦和歯科 住所 埼玉県さいたま市南区別所3-16-9 安藤ビル102号 協力内容 歯科往診、口腔ケア	
	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

高齢者居住の安定確保に関する法律の基本方針及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に照らして適切であります。

1.3. サービスの内容

(全体の方針)

事業の目的	株式会社らいふは、事業について、単なる介護・介助ではなく「社会使命事業」としての理念を掲げ、施設・在宅サービスを推進しています。 社会使命事業の柱は、 ①「生きる力を引き出す介護®と生きる力の介護®」 ②「地域高齢者が高齢者を支える社会づくり」 ③「ご家族様の介護疲れの軽減」 この理念を掲げ、地域の方々と一体となり介護事業に取り組んでおります。
運営に関する方針	地域に開かれた施設として、地域住民やボランティアの積極受け入れを実施する。身体拘束ゼロを目指し、身体拘束廃止委員による取り組みを継続的に実施する。「真の」プロフェッショナルな介護職員を育成し、各自がプライドを持った介護サービスを提供する。入居者一人一人の心身状態に合わせた介護サービス計画の作成及び実施を徹底し、ADLの向上を図る。入居者様が自然体で快適に暮らして頂けるよう新生活サービスを充実させ実施する。
サービスの提供内容に関する特色	基本理念「生きる力を引き出し生活力を高める介護」 上記理念達成のための3サービス1活動 ①親孝行サービス ②新生活サービス ③食の向上サービス ④地域交流活動

(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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	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) 3 : 1		
	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(介護居室個室から他の介護居室個室への移動)	
判断基準の内容	入居者の身体状況により居室を変更する場合があります。	
手続きの内容	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見を聞く	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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

1.4. 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	施設全体の管理・運営、介護職員のマネジメント	1	1		0.5
生活相談員	生活における相談対応及び家族や外部機関などへの連絡役	2	2		1
直接処遇職員					
	介護職員	24	10	14	16.7
	看護職員	3	3		3
機能訓練指導員	リハビリ実施、生活上のアドバイス	1		1	0.2
計画作成担当者	日常生活が充実できるようなケアプラン作成	1	1		0.5
栄養士	嚥下状態や味の好みに合わせ、健康的な食事メニューの提供				外部委託
調理員	食材の発注・調理・配膳				外部委託
事務員		1		1	0.8

その他職員					
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) 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	11	5		6	
実務研修の修了者	2	1		1	
初任者研修の修了者	8	4		4	
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) 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					
作業療法士					
言語聴覚士					
柔道整復師	1			1	
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 00分～ 9時 00分)		
職種	平均人数	最少時人数※
看護職員	人	人
介護職員	2 人	2 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	<input type="checkbox"/> 1.5:1以上
	【表示事項】	<input type="checkbox"/> 2.0:1以上
		<input type="checkbox"/> 2.5:1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)	■ 3.0:1以上
※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	木村 清美									
	職名	施設長									
	他の職務との兼務	■ あり □ なし									
	業務に係る資格等	■ あり 資格等の名称 介護支援専門員 □ 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		2	5							
前年度1年間の退職者数	2			2							
業務に従事した経験人数	1年未満			1	4						
	1年以上3年未満			5	6						
	3年以上5年未満	2	1	5	3	1			1		
	5年以上10年未満								1		
	10年以上					1					
	従業者の健康診断の実施状況	■ あり □ 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	36人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	42人
	要介護度別	自立
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	13人
	要介護2	8人
	要介護3	6人
	要介護4	10人
	要介護5	9人

入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	25人
	5年以上10年未満	16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	89.7	歳
入居者数の合計	48	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	人		
	社会福祉施設	人		
	医療機関	3	人	
	死亡者	5	人	
	その他	1	人	
生前解約の状況	施設側の申し出	人	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	人	(解約事由の例)	

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	ホームステーションらいふ大宮 相談窓口(施設長)
	電話番号	048-691-1165
	対応している時間	8時30分～17時30分
	定休日	なし
2	窓口の名称	株式会社らいふ 事業管理室
	電話番号	03-5769-7268
	対応している時間	8時30分～17時30分
	定休日	土日祝、12/30～翌1/3
3	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	8時30分～17時00分
	定休日	土日祝、12/29～翌1/3
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	8時30分～17時15分
	定休日	土日祝、翌12/29～1/3
5	窓口の名称	
	電話番号	
	対応している時間	
	定休日	

(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) 三井住友海上火災保険株式会社
	<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) ヒヤリ・ハット事故報告書にて迅速に情報収集を行う。問題点の分析・評価を行い、即時対応に努める。事故後は、事例を全職員に周知し、情報を共有再発防止に努める。
	<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	<p>① 利用者の病状の急変、その他の事故が発生した場合には、速やかに保証人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治医に連絡をとる等必要な措置を講じます。</p> <p>② 状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市区町村へ報告します。</p> <p>③ 対処方法について、施設内で対応マニュアルを定めており、都度その原因を解明し、再発生しないように対策を講じます。</p>	
利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法	<p>利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。</p> <p>※施設では、あくまで「人命尊重」の原則に従って緊急時対応を行います。ご家族への連絡がつかなかった場合、ご家族からの指示をいただかないうちに、救急処置、緊急入院・手術などの医療処置におよぶ場合があります。</p>	

(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) 「緊急時報告ライン」「事故発生時の報告フロー」を整備し、施設に掲示
	<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) (内容)BCP発動基準を策定:災害の発生または、被害発生 の恐れがあり、管理者が必要と判断した場合、管理者の指示によりBCPを発動し、BCP体制へ移行する。 【水害による発動基準】 ・大雨警報(土砂災害)、洪水警戒が発表されたとき。 ・台風の接近が予想されており、施設に被害が発生する恐れがあるとき。 【地震による発動基準】 緊急時体制は、当施設周辺において、震度6弱以上の地震が発生し、被災状況や社会的混乱などを総合的に勘案し、発動する。
	<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	
		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 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 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
管理規程	<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
事業収支計画書	<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 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

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	施設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。		
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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input 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	
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
※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	各市区町村に対して、介護に携わる全従業員の当該資格支援を実施。2023年10月までに入社した従業員の当該資格取得は完了し、10月以降入社した従業員は1年以内の取得を目標に管理している。取得費用は全額会社負担。		
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:らいふホットライン係 電話:03-6386-3028 メール:lif-hotline@life-silver.com 周知方法:職場におけるハラスメントに関する相談及び苦情処理の相談窓口は「らいふホットライン」とする。内部通報規程第4条で定める内部通報制度責任者は、ホットラインの適正な運営に努めるものとする。	
	<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 checked="" type="checkbox"/> あり	(内容) (1) 基本的な姿勢: らいふは、個人情報保護に関する法令およびらいふのプライバシーポリシーを遵守し、業務遂行上取り扱う個人情報を適切に保護するために、個人情報保護規程に基づき、本マニュアルにおいて個人情報の管理に関する必要事項を定める。 (2) 個人情報保護の理念の公表 らいふは、プライバシーポリシーを策定し、ホームページ等において公表することで、お客様等に対して個人情報保護に関する基本的な考え方を示す。 (3) 個人情報保護に関する法律(個人情報保護法)の遵守 らいふは、個人情報保護法が定める、個人情報の適正な取扱いに関する考え方、企業の責務に関すること、個々に定められた遵守すべき事項等について、組織として取組み、個人情報保護に関する社会の要請に応える。 (4) 個人情報保護に関する問い合わせ窓口 社内外からのらいふの個人情報に関する問い合わせ、苦情等の窓口を設置する。 ・問い合わせ先: 個人情報保護相談窓口 電話番号: 03-5769-7240(代表窓口)
提携ホームへの移行※	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(提携ホーム名:ご入居者のご希望により、らいふの他施設へ移る場合があります。)
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)
※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

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	18.6	×	○	○	×	×	○	17	201.202.206.207 .302.303.305.30 8.310.322.323.3 25.402.403.405. 408.410	61,800
1	18.9	×	○	○	×	×	○	14	210.212.312.315 ~318.320.412.41 5~418.420	61,800
1	19.2	×	○	○	×	×	○	7	203.205.306.307 .326.406.407	61,800
1	19.5	×	○	○	×	×	○	2	301.401	61,800
1	19.8	×	○	○	×	×	○	2	321.421	61,800
1	20.1	×	○	○	×	×	○	3	211.313.413	61,800
1	20.4	×	○	○	×	×	○	3	208.311.411	61,800

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	4	71.3	2階2箇所 3・4階各1箇所	48	
台所	1	15.3	2階	48	
食堂	1	157.7	2階	48	機能訓練室を兼ねる
居間	2	95.7	3・4階各1箇所	48	
収納設備					
機能訓練室	1		2階	48	食堂に含まれる

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"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input 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 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 type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人		
		<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	3人		
		<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	16人		
		<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	7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	人員	2人
		上記以外の時間	17 時	00分	～	9 時	00分	人員	2人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		朝、昼、晩の見回りを実施。その他必要に応じ随時実施。					毎日	3	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	ナースコール、巡回職員						
		通報先	本件建物各階介護職員室及び携帯・PHS		通報先から住宅までの到着予定時間		3分		
緊急時における対応の内容									
生活相談サービスの内容		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()						
		提供時間	時 分		～		時 分		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約	33,000	円	前払金の 算定方法			
		前払金	約		円				
備考									

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1-1-3 大手町センタービル16F		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 100-0004) 東京都千代田区大手町1-1-3 大手町センタービル16F		電話番号 03-5220-8550	
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 69,000 円	内訳	朝食 710 円	昼食 750 円 夕食 750 円
	前払金	約 円	前払金の 算定方法		
備考		月額料金は30日計算とし、昼食の料金におやつ代(90円)を含む。			

※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	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考		自立の方は、ご希望に応じ入浴介助サービスを提供いたします。2,200円/回(税込) 要支援・要介護の方で「(介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約を締結している方には、介護保 険サービスとして提供いたします。			

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	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考		自立の方は、ご希望に応じ提供いたします。11,000円/月額(税込) 要支援・要介護の方で「(介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約を締結している方には、介護保 険サービスとして提供いたします。			

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 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	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。介護認定非該当(自立)の方は、月額11,000円(税込)(健康チェック及び相談、栄養相談)をご負担いただきます。提携医療機関以外への入退院時の付添い、通院介助 660円/10分(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	理容室、買い物代行、レクリエーション 他		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考	理容代 自費 通常の利用区分外の買い物代行 660円/10分 提携医療機関外への入退院同行・入院介助 660円/10分(すべて税込) レクリエーション(週2回)材料費等は自費				

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	ホームステーションらいふ指扇	さいたま市西区大字土屋242-1
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	ホームステーションらいふ指扇	さいたま市西区大字土屋242-1
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		

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				
排泄介助・おむつ交換	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
おむつ代			■ あり	□ なし		○	35円～250円	実費
入浴(一般浴)介助・清拭	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
特浴介助	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
身辺介助(移動・着替え等)	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
機能訓練	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
通院介助	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし	○			提携医療機関は付き添い無料、他は660円/10分
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1回実施
リネン交換	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				週1回実施
日常の洗濯	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				週2回実施
居室配膳・下膳	■ あり	□ なし	□ あり	□ なし				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			■ あり	□ なし		○	都度	通常食との差額
おやつ			□ あり	■ なし	○			
理美容師による理美容サービス			■ あり	□ なし		○	実費	訪問理容師対応
買い物代行	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし				週1回の定期買物は無料、他は660円/10分
役所手続き代行	□ あり	■ なし	□ あり	■ なし				
金銭・貯金管理			□ あり	■ なし				取扱いなし
<健康管理サービス>								
定期健康診断			■ あり	□ なし		○	実費	年2回の機会提供
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	○			提携医療機関のみ無料、他は660円/10分
入院中の洗濯物交換・買い物	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	都度	660円/10分
入院中の見舞い訪問	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	都度	660円/10分

※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。