

リアンレーヴ大宮

サービス付き高齢者向け住宅
重要事項説明書

重 要 事 項 説 明 書

作成年月日	
作成者名	富田 健
所属・職名	リアンレーヴ大宮・ 施設長

※ 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」の一部改正について（令和４年８月１８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３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３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／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ きのしたのかいご 株式会社 木下の介護	
主たる事務所の所在地	〒163-1329 東京都新宿区西新宿六丁目５番１号新宿アイランドタワー29階	
連絡先	電話番号	03-5908-1310
	FAX番号	03-5908-2382
	メールアドレス	gyoseisyogai-kc@kinoshita-group.co.jp
	ホームページアドレス	なし
		<input checked="" type="checkbox"/> あり : https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
代表者	氏名	代表取締役
	職名	佐久間 大介
設立年月日	1995 年 10 月 26 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) りあんれーづおおみや リアンレーヴ大宮	
所在地	〒331-0813	埼玉県さいたま市北区植竹町一丁目766-1
主な利用交通手段	最寄駅	JR 高崎線 大宮駅
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 ・バスで東武バス「大51：上尾駅東口」行 乗車15分、「警察学校入口」停留所で下車、徒歩2分
連絡先	電話番号	048-661-3861
	FAX番号	048-664-2864
	メールアドレス	reve-oomiya@kinoshita-group.co.jp
	ホームページアドレス	http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien-reve_omiya.html
管理者	氏名	富田 健
	職名	施設長
建物の竣工日		2014年 1月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		2014年 3月 1日

(類型)【表示事項】

<div> <div>1</div> <div>介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）</div> </div> <div> <div>2</div> <div>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）</div> </div> <div> <div>3</div> <div>住宅型</div> </div> <div> <div>4</div> <div>健康型</div> </div>		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	1176515631
	指定した自治体名	さいたま市
	事業所の指定日	2017年4月1日
	指定の更新日（直近）	2029年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,401,90 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（普通賃借 ・ 定期賃借）	
		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	2,351,78 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,351,78 m ²

	機能訓練室	1 あり（各階1ヶ所（1階97.35㎡、2・3・4階各70.19㎡）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
	自動火災報知機	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
	消防計画	1 あり 2 なし
緊急通報装置等	居室	1 あり 2 一部あり 3 なし
	便所	1 あり 2 一部あり 3 なし
	浴室	1 あり 2 一部あり 3 なし
	その他（ ）	1 あり 2 一部あり 3 なし
その他		

4. サービスの内容 （全体の方針）

事業の目的	事業所の管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員及び計画作成担当者（以下「職員」）が要支援・要介護状態のある高齢者に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう適正な特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を提供します。
運営に関する方針	<p>私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかに温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。</p> <p>ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。</p>

サービスの提供内容に関する特色	各階に食堂・機能訓練室を兼ねたラウンジで入居者が居室に籠ることなく他の入居者様との接点を提供し、自然に入居者様同士のコミュニティができるよう、介護をします。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
※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。	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	A D L維持等加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算(※1)	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退居時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	新興感染症等施設療養費		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	2 なし
		(Ⅳ)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (1)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (2)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (3)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (4)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (5)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (6)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (7)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (8)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (9)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (10)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (11)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (12)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (13)	1 あり	2 なし
		(Ⅴ) (14)	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		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 ※別途費用発生の場合あり。 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	小野田クリニック	
		住所	埼玉県さいたま市見沼区大和田町 1-937	
		診療科目	内科、脳神経内科、精神科	
		協力科目	内科、脳神経内科	
		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
			訪問診療・往診、健康相談、病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制や施設からの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します。	
	2	名称	田口医院	
		住所	埼玉県蓮田市上 2-2-6	
		診療科目	内科、小児科	
		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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
			訪問診療・往診、健康相談、病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制や施設からの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します。		
	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	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				
	<input type="checkbox"/> 2 なし				
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団 立靖会 ラビット歯科		
		住所	埼玉県戸田市新曽 1292-4		
		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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）		
判断基準の内容	適切な介護サービス提供のため、医師の意見を聴き、入居者及び身元引受人等の同意を得て、一定の観察期間を設けます。		
手続きの内容	<input type="checkbox"/> (1) 医師の意見を聴くこと <input type="checkbox"/> (2) 入居者、契約者及び身元引受人等の同意を得ること <input type="checkbox"/> (3) 一定の観察期間を設けること		
追加的費用の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
居室利用権の取扱い	居室利用権は、移動後の居室へ移ります。		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

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

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<div><div>1</div>あり</div> 2 なし
	要支援の者	<div><div>1</div>あり</div> 2 なし
	要介護の者	<div><div>1</div>あり</div> 2 なし
留意事項	<div>【連帯保証人】</div> <p>入居者は連帯保証人を定めるものとします。</p> <ul style="list-style-type: none">・連帯保証人は、入居契約の履行及び入居契約書に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うものとします。・連帯保証人の負担は、入居契約書の主表に記載する極度額を限度とします。・連帯保証人が負担する債務の元本は、入居者が死亡したときに確定するものとします。ただし事業者は、当該確定前であっても債務の支払いを求めることができます。 <div>【身元引受人】</div> <p>入居者は身元引受人を定めるものとします。</p> <ul style="list-style-type: none">・身元引受人は、事業者と相談の上、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。・事業者は入居者の生活において必要な場合には、身元引受人への連絡・協議等に努めるものとします。・事業者は、入居者が要支援又は要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。 <p>（ 上記は主な内容であるため、詳細は入居契約書第 40 条「連帯保証人」及び第 41 条「身元引受人」を参照下さい）</p>	
契約の解除の内容	<div>(1) 入居者が死亡したとき</div> <div>(2) 第 3 3 条（事業者からの契約解除）に基づいて本契約の解除を入居者に通告し、予告期間が満了したとき</div> <div>(3) 第 3 4 条（入居者からの契約解除）に基づき本契約の解除を事業者に通告し、予告期間が満了したとき</div>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者は、入居者が以下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、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none">・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3 ヶ月遅滞するとき

		<ul style="list-style-type: none"> ・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける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 ・入居者等による、甲の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき （上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書33条「事業者からの契約解除」の条文を参照下さい）
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 あり（内容：：1泊2日14,400円 7泊8日以上2週間まで タ・朝食付き（2泊以上の利用で昼食無料） 2 なし	
入居定員	58名	
その他		

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）

	職務内容	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
		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を一元的に行います。				
生活相談員	ご入居者の各種相談に応じるとともに適切な助言を行います。				
直接処遇職員					
介護職員	ご入居者に対し必要な介護及び世話、支援を行います。				
看護職員	ご入居者に対し必要な看護及び世話、支援を行います。				
機能訓練指導員	ご入居者に対し生活の自立の支援を図る観点から、その身体的、精神的条件に応じた機能訓練等を実施します。				
計画作成担当者	ご入居者に対し適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、他の介護老人福祉施設、医療機関等との連絡・調整を行います。				
栄養士					
調理員					
事務員					
その他職員					
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2					40時間

＜従業員の勤務体制＞

- ・管理者（日勤 9：00～18：00）・生活相談員（日勤 9：00～18：00）
- ・介護職員（早番 7：00～16：00、日勤 9：00～18：00、遅番 12：00～21：00 夜勤 16：00～翌朝 10：00）
- ・看護職員（日勤 9：00～18：00）・機能訓練指導員（日勤 9：00～18：00）・計画作成担当者（日勤 9：00～18：00）

※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
認知症介護基礎研修修了者			
介護支援専門員			

（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
看護師及び准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（ 16 時 00 分 ～ 10 時 00 分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0	0
介護職員	2	2

(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 (広告、パンフレット等における表示事項)		a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 <input type="checkbox"/> 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)		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり								
		資格等の名称	初任者研修修了							
			2 なし							
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0	0	8	9	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	4	5	0	0	0	0	0	0
員の業務に従事した経験年数に応じた職 業務に従事した経験年数に応じた職 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満									
	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									
従業者の健康診断の実施状況					<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が ____ 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	<施設利用費、管理共益費、食費等> 事業者は、土地建物の賃借料、諸物価、人件費等の高騰により事業者の収支が悪化し、入居者に一部の負担を依頼すべきであると判断した場合は、事業者の施設が所在する地域の自治体及び国等が発表する物価指数、人件費等を勘案して費用の改定をいたします。 <介護保険自己負担額> 原則3年に一度、国による見直しの上で改定されます。	
	手続き	<施設利用費、管理共益費、食費等> 費用の改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聴きます。 <介護保険自己負担額> 改定後の料金表を策定、ご案内いたします。	

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

			プラン1（Aタイプ） 前払金0円プラン	プラン2（Aタイプ） 前払金プラン1 対象：要介護1以上
入居者の状況	要介護度		①要介護3 ②自立	要介護1
	年齢		86歳	86歳
居室の状況	床面積		18.14㎡	18.14㎡
	便所		<div>1有2無</div>	<div>1有2無</div>
	浴室		<div>1有2無</div>	<div>1有2無</div>
	台所		<div>1有2無</div>	<div>1有2無</div>
入居時点で必要な費用	前払金		0円	3,000,000円
	敷金		0円	0円
月額費用の合計			① 279,356円 ② 455,600円	224,966円
家賃			103,600円	53,600円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		21,756円	17,366円
	介護保険外	食費	36,300円	36,300円
		厨房管理費（30日の場合）	37,500円	37,500円
		管理費	80,200円	80,200円
		介護費用	①（要支援・要介護者）0円	0円

			②（自立者）198,000円	
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p> <p>（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。</p>				

（利用料金の算定根拠）

項目	算定根拠
家賃	建物所有者への支払い家賃等を基準とし、当社における退去率と一定期間の空室発生率や居室一部屋に付帯する共有施設等を含む販売管理費、原状回復費等を勘案し、長期にわたって安定的な経営が出来るように設定しています。（施設利用費）
敷金	家賃の____ヶ月分
介護費用	自立サポート費：198,000 円/月 自立入居者に対応する人件費を基礎に算定。 ※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	施設運営に関わる維持・管理費、水道光熱費、本社管理部門人件費等（管理共益費）
食費	食材費より算定。 朝食：289 円/回 昼食：402 円/回 夕食：519 円/回 ※各食軽減税率適用
厨房管理費	厨房職員の人件費、衛生管理費、消耗品費等より算出 歴月で1月食事の提供がなかった場合は徴収いたしません。 軽減税率対象：内訳 軽減税率(8%)8,942 円 標準税率(10%)28,558 円
光熱水費	管理共益費に含まれます。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

（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	要介護度に応じて介護費用の1割～3割を徴収する
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) ※前払い金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		<p>前払金の額＝（1 ヶ月分の家賃相当額×想定居住期間（月数）</p> <p>※「想定居住期間」の具体的な算定方法は、以下の考え方です。</p> <p>「想定居住期間」：確率的に入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間。</p> <p>当施設の試算結果</p> <p>対象者：自立・要支援・要介護者</p> <p>想定居住期間：5 年（60 ヶ月）</p>
想定居住期間（償還年月数）		5 年（60 ヶ月）
償却の開始日		入居日
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）		なし
初期償却率		なし
返 還 金 の 算 定 方 法	入居後 3 月以内の契約終了	前払金－（月額家賃/30 日×入居日から契約解除日までの日数）
	入居後 3 月を超えた契約終了	<p>前払金÷想定居住期間×（想定居住期間－経過月数）</p> <p>※入退去月は日割りにて算出。</p>
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：りそな銀行
		3 保証保険を行う保険会社の名称
		4 全国有料老人ホーム協会
		5 その他（名称： ）

7 入居者の状況【冒頭に記した作成日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	
	女性	
年齢別	65 歳未満	
	65 歳以上 75 歳未満	
	75 歳以上 85 歳未満	
	85 歳以上	
要介護度別	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	
入居期間別	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	

(入居者の属性)

平均年齢	
入居者数の合計	
入居率※	
※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	3 人
	社会福祉施設	人
	医療機関	3 人
	死亡者	10 人
	その他	9 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	15 人
		(解約事由の例) 長期入院のため

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)※4カ所以上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	リアンレーヴ大宮	
電話番号	048-788-3338	
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜日	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日	なし	

窓口の名称	本社窓口：介護ご意見 110 番	
電話番号	0120-100-537	
対応している時間	平日	10:00～18:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始	

窓口の名称	さいたま市北区役所高齢介護課	
電話番号	048-669-6068	
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日	12 月 29 日～翌年 1 月 3 日	

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	平日	8:30～17:15
	土曜日	－
	日曜・祝日	－
定休日		12月29日～翌年1月3日
窓口の名称		さいたま市 建設局 建築部 住宅政策課
電話番号		048-829-1520
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	－
	日曜・祝日	－
定休日		12月29日～翌年1月3日

窓口の名称※特定施設入居者生活介護のみ		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	平日	8:30～12:00、13:00～17:00
	土曜日	－
	日曜・祝日	－
定休日		12月29日～翌年1月3日

（事故発生時等の対応方法）

事故発生時の対応方法	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、事業所の保全について計画的に取り組めます。 ・利用者に対するサービス等の提供により事故が発生した場合は、事業所は速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員（介護予防にあつては地域包括支援センター）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 ・事業所は事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。 ・事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
利用者の体調急変時等（緊急時等）における対応方法	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を行うこととします。

（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）

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	（その内容）介護保険・社会福祉事業者総合保険：あいおいニッセイ同和損保 サービス提供上の事故により入居者の生命等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る。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事故発生時に関係機関に連絡し、適切に対応する。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	職員研修の実施 (年 2 回) 委員会の実施 (年 4 回)	
指針の策定、再発防止を目的とする職員への周知、委員会及び研修の実施を適切に実施するための担当者 (役職)	富田 健 (施設長)	

(非常災害対策等)

非常災害に対する具体的計画 (消防計画・風水害、地震等に対処するための計画)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(内容) ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等の訓練を行います。 ・事業所は、非常災害時に備え、備蓄品 (水、食料等) 保管します。	
避難訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (年 2 回)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 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"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	職員研修の実施 (年 2 回) 訓練の実施 (年 2 回)	

(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"/> 1 あり	実施日	2024 年 12 月 1 日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" 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 <u>1</u> 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(方法) テレビ電話装置 その他の情報通信機器を用いた 実施の有無	
	2 なし	

	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
施設利用に当たっての留意事項	・入居者は居室及び共用施設並びに敷地等の利用方法等に関し、その本来の用途に従って善良な管理者の注意をもって利用するものとします。万が一、入居者が居室及び共用施設内において汚損、破損又は滅失してしまった場合は速やかに事業者へ届け出ることにします。	
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	1 あり 2 なし
	指針の整備	1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし
	担当者の配置	1 あり 2 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	1 あり 2 なし
	指針の整備	1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 あり 2 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	
	1 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 1 あり 2 なし
	2 なし	
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	1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	1 あり 2 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	・研修受講の趣旨を説明いたします。 ・受講申し込み及び受講状況等を管理し受講漏れがないよう努めます。	
ホームにおけるハラスメントの規定	1 あり	2 なし
	担当窓口：施設長 周知方法：文書掲示により周知	
プライバシーポリシー、個人情報保護規程等	1 あり	2 なし (内容) 当社の個人情報保護について、個人情報に対する基本姿勢、個人情報の収集、利用目的、個人情報の提供等に関する当社の方針を定めております。

その他運営に関する重要事項	<p>・事業所は、従業者等の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備します。</p> <p>①採用時研修 採用後 3 ヶ月以内</p> <p>②継続研修 年 2 回以上</p> <p>・その他、運営に関する重要事項は株式会社木下の介護と事業所管理者との協議に基づいて定めるものとします。</p>
提携ホームへの移行 【表示事項】	<p>1 あり（提携ホーム名：_____）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>
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	<p>1 あり 2 なし</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要</p>
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	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</p>
有料老人ホーム設置運営指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<p>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>
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	<p>1 適合している（代替措置）</p> <p>2 適合している（将来の改善計画）</p> <p>3 適合していない</p>
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<p>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>
不適合事項がある場合の内容	

※看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。

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）

※1 _____ 様

重要事項について文書を交付し、説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※2 私は重要事項について交付、説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

受領（利用申込）者署名 _____

※1, 2 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 事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス

(施設名: リアンレーヴ大宮)

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	木下の介護 ふじみ野	ふじみ野市上福岡 5-6-20
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	木下の介護 川口	川口市八幡木 1-13-12
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	木下の介護 越谷	越谷市大字平方 2162-8
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	リアンレーヴ 大宮	さいたま市北区植竹町 1-766-1
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		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
複合型サービス	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	木下の介護 ふじみ野	ふじみ野市上福岡 5-6-20
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	木下の介護 越谷	越谷市大字平方 2162-8
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	リアンレーヴ 大宮	さいたま市北区植竹町 1-766-1
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		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

(施設名：リアンレーヴ大宮)

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			備考			
				(利用者が全額負担)		包含※2				都度※2
＜介護サービス＞										
巡回		なし	あり	なし	あり	◆			自立：夜間（17時～9時）2回 要支援・要介護：3時間に1回	
食事介助		なし	あり	なし	あり				要介護：必要時適宜	
排泄介助・おむつ交換		なし	あり	なし	あり				要介護：必要時適宜	
おむつ代				なし	あり		○	実費		
入浴（清拭）注1		なし	あり	なし	あり	◆			自立：体調不良時適宜 要支援・要介護：必要時適宜	
入浴（巡視（安全確認））		なし	あり	なし	あり	◆			自立のみ	
見守り入浴		なし	あり	なし	あり	◆	○	880円／回	自立：必要時適宜 要支援；週2回 身体状況等により一般入浴介助（週3回目以降実費）	
一般浴介助		なし	あり	なし	あり		○	1,650円／回	要支援・要介護：週2回 要介護：身体状況等により特浴介助、週3回目以降実費	
特浴介助		なし	あり	なし	あり		○	2,200円／回	要介護のみ：週2回（3回目以降実費）	
身辺介助（居室からの移動）		なし	あり	なし	あり	◆			自立：体調不良時適宜 要支援・要介護：必要時適宜	
身辺介助（衣類の着脱、体位交換）		なし	あり	なし	あり				要介護のみ：必要時適宜	
機能訓練		なし	あり	なし	あり	◆				
通院介助（協力医療機関）		なし	あり	なし	あり	◆				
通院介助（協力医療機関外）※交通費は実費		なし	あり	なし	あり		○	①3,300円／30分 ②1,650円／30分	①自立 ②要支援・要介護	
緊急時対応		なし	あり	なし	あり	◆			24時間対応	
＜生活サービス＞										
居室清掃 注2		なし	あり	なし	あり	◆	○	1,320円／回	自立：週1回（2回目以降実費） 要支援・要介護：週1回（2回目以降実費）	

日常の洗濯 注3	なし	あり	なし	あり	◆	○	1,320 円／回 クリーニング代実費	自立：週 1 回（2 回目以降実費） 要支援・要介護：週 2 回（3 回目以降実費）
リネン交換 注4	なし	あり	なし	あり	◆	○	1,320 円／回	自立：週 1 回（2 回目以降実費） 要支援・要介護：週 1 回
寝具レンタル	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円／月	布団・枕・ベッドパット
リネンレンタル	なし	あり	なし	あり		○	1,100 円／月	シーツ・布団カバー・枕カバー
ゴミ回収	なし	あり	なし	あり	◆			粗大ごみ等実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	◆	○	330 円／回	体調不良時適宜、入居者様都合の場合は実費
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				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	
買い物代行（施設指定） 注5	なし	あり	なし	あり	◆	○	660 円／回	自立：週 1 回 要支援・要介護：週 2 回目以降実費
買い物代行（要予約）注6	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円／30 分	
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				
<健康管理サービス>								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年 2 回の機会提供
健康相談	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
服薬支援	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
バイタルチェック	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	◆			必要時適宜
入退退院時・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				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中に見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				
その他のサービス								
郵便物・宅配便	なし	あり	なし	あり	◆			

クリーニング等の取り次ぎ	なし	あり	なし	あり	◆			
外出介助	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円／30 分	要支援・要介護のみ
レクリエーション	なし	あり	なし	あり	◆		実費	イベント費・材料費等

※金額表記は全て（税込）表記です。

注 1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週 2 回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

注 2 1 回 20 分程度にて可能な範囲 注 3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。注 4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

注 5 施設指定日に指定場所にて購入できるものに限ります。注 6 スタッフの状況によりお受けできない場合がございます。 注 7 交通費実費が別途かかります。

◆：自立生活サポート費として月額サービス費用に包含（自立者のみ）

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1 割～3 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。

サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

事業者 住所 東京都新宿区西新宿6-5-1
新宿アイランドタワー29階
株式会社木下の介護
氏名 代表取締役 佐久間 大介

説明者 リアンレーヴ大宮
施設長 富田 健

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 リあんれーヴおおみや リアンレーヴ大宮
所在地※	〒 331-0813 埼玉県さいたま市北区植竹町1丁目766-1 電話番号 048-661-3861 FAX番号 048-664-2864 メールアドレス HPアドレス https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien-reve-omiya.html
利用交通手段	<div> <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 (JR高崎線 大宮駅からバスで15分、降車後、徒歩2分) </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他 (埼玉新都市交通「鉄道博物館」駅から徒歩11分) </div>
住宅に関する権原	<div> <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 </div> <div> 期間 2014年 3月 1日 から 2044年 2月29日 まで </div> <div> 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし </div> <div> 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし </div>
施設に関する権原	<div> <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 </div> <div> 期間 年 月 日 ～ 年 月 日まで </div> <div> 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし </div>
敷地に関する権原	<div> <input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input type="checkbox"/> 3.賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 </div> <div> 期間 2014年 3月 1日 から 2044年 2月29日 まで </div> <div> 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし </div> <div> 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし </div>

(※)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 かぶしきがいしゃきのしたのかいご 株式会社木下の介護	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	〒 163-1329 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階 電話番号 03-5908-1310 FAX番号 03-5908-2382	
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 かぶしきがいしゃきのしたのかいご 株式会社木下の介護	
事務所の所在地	〒 163-1329 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー29階 電話番号 03-5908-1310 FAX番号 03-5908-2382	

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 58 戸		
居住部分の 規模	(最小)	18.14	m ²
	(最大)	18.14	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	鉄筋コンクリート	造
	<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 2,351.78 m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分2,351.78m ²)		
竣工の年月	2014年1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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" 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		入居契約	
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		<input checked="" type="checkbox"/> 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。）	
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 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	健康な方から介護を必要とする方まで、原則として満60歳以上の方	
	施設利用時	健康な方から介護を必要とする方まで、原則として満60歳以上の方	
契約解除の内容			
事業主体から解約を求める場合	解約条項	事業者は、入居者が以下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、本契約を解除することがあります。 ・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき ・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける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通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止するこれを防止することができないとき ・入居者等による事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき（上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書33条「事業者」「事業者からの契約解除」の条文を参照下さい）	
	解約予告期間	3ヵ月	
入居者からの解約予告期間		30日	
体験入居の内容		<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容： 1泊2日14,400円 7泊8日から2週間まで、夕・朝食付き。2泊以上の利用で昼食無料） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員		58名	
その他			
事業開始時期		2014年3月1日	

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 checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 36,300 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					
家賃の概算額	(最低) 約 103,600 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり							
	(最高) 約 103,600 円								
共益費の概算額	(最低) 約 80,200 円								
	(最高) 約 80,200 円								
厨房管理費	37,500 円	30日の場合。 軽減税率の判定対象としております。このため、喫食の有無に応じて適用税率が変更されます。なお、歴月で1月食事の提供がなかった場合は、厨房管理費は徴収いたしません。							
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	共益費に含みます。								
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 3,000,000 円 (最高) 約 3,000,000 円								
家賃等の前払金の算定根拠	家賃	月額家賃の一部×想定居住期間(月数) (50,000円) × (60ヶ月) = (3,000,000円)							
	サービス提供の対価	なし							
想定居住期間(償還年月数)	5年(60ヵ月)								
償却の開始日	入居日								
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)	なし								
初期償却率	なし								
返還額の算定方法	入居後3月以内の契約終了	(前払金) - (前払金 1 ヶ月分の償却額) ÷ 30日 × (入居日から起算して契約除等された日までの日数)							
	入居後3月を超えた契約終了	前払金 ÷ 想定居住期間 × (想定居住期間 - 経過月数)							
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	入居日を起算日とし、経過月数に応じて一定の金額で減額する								

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"/> 保険事業者による保証保険 <input checked="" type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <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所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所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 type="checkbox"/> 月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 選択方式	
	(該当する方式全て選択)	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式
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	<p><施設利用費、管理共益費、食費等> 事業者は、土地建物の賃借料、諸物価、人件費等の高騰により事業者の収支が悪化し、入居者に一部の負担を依頼すべきであると判断した場合は、事業者の施設が所在する地域の自治体及び国等が発表する物価指数、人件費等を勘案して費用の改定をいたします。</p> <p><介護保険自己負担額> 原則3年に一度、国による見直しの上で改定されます。</p>
	手続き	<p><施設利用費、管理共益費、食費等> 費用の改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聴きます。</p> <p><介護保険自己負担額> 改定後の料金表を策定、ご案内いたします。</p>

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容(契約事項)	建物管理業務(法定点検業務、設備管理業務、清掃業務等)
管理業務の委託先	
商号、名称又は氏名	ふりがな そうつうあめにていさーびすかぶしがいいしゃ 総通アメニティサービス株式会社
住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	〒 104-0032 東京都中央区八丁堀2-20-8 電話番号 03-6222-3811

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	10 人
	退去者の数	13 人

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	費用発生の場合あり	
		<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助	費用発生の場合あり	
		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
協力医療機関	1	名称	小野田クリニック	
		住所	埼玉県さいたま市見沼区大和田町1-937	
		診療科目	内科、脳神経内科、精神科	
		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
	2	名称	田口医院	
		住所	埼玉県蓮田市上2-2-6	
		診療科目	内科、小児科	
		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	名称	医療法人社団 立靖会 ラビット歯科
	住所	埼玉県戸田市新曽1292-4
	協力内容	訪問歯科
その他連携協力事業所	名称	
	住所	
	協力内容	

1 0.
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	事業所の管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員及び計画作成担当者(以下「職員」)が要支援・要介護状態のある高齢者に対し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう適正な特定施設入居者生活介護及び介護 予防特定施設入居者生活介護を提供します。
運営に関する方針	私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切に、そこから学び、互いに教え合い、穏やかで温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。 ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。
サービスの提供内容に関する特色	各階に食堂・機能訓練室を兼ねたラウンジで入居者様が居室に籠ることなく他の入居者様との接点を提供し、自然に入居者様同士のコミュニティができるよう、介護をします。

(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。

<p>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</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>	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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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 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・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 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
	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)		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	: 1		

(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	より適切な介護サービスの提供の必要性等、介護上等の理由、その他やむを得ない事由が生じた場合	
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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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					
生活相談員					
直接処遇職員					
介護職員					
看護職員					
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員					
事務員					
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					
実務研修の修了者					
初任者研修の修了者					
介護支援専門員					
(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					
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 (16時00分～翌朝10時00分)		
職種	平均人数	最小时人数※
看護職員	0 人	0 人
介護職員	2 人	2 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【表示事項】		<input type="checkbox"/> 1.5:1以上
			<input type="checkbox"/> 2.0:1以上
			<input type="checkbox"/> 2.5:1以上
			<input checked="" 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
※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				富田 健							
	職名				施設長							
	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							
				<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												
前年度1年間の退職者数												
業務に従事した職員経験年数に 応じた	1年未満											
	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											
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	人
	女性	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	人
	85歳以上	人
		人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	人
	要介護3	人
	要介護4	人
	要介護5	人

入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	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	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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	人	
	死亡者	人	
	その他	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	リアンレーヴ大宮
	電話番号	048-788-3338
	対応している時間	10:00～18:00
	定休日	年中無休
2	窓口の名称	株式会社木下の介護 本社 介護ご意見 110 番
	電話番号	0120-100-537
	対応している時間	10:00～18:00
	定休日	土曜、日曜、祝日、12月29日～翌年1月3日
3	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	8:30～17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、12月29日～翌年1月3日

4	窓口の名称	さいたま市北区役所高齢介護課
	電話番号	048-669-6068
	対応している時間	8:30～17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、12月29日～翌年1月3日
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	8:30～17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、12月29日～翌年1月3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） あいおいニッセイ同和損保（介護保険・社会福祉事業者総合保険） サービス提供上の事故により入居者の生命等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る。
	<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） 事故発生時に関係機関に連絡し、適切に対応する。
	<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	・事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、事業所の保全について計画的に取り組みます。 ・利用者に対するサービス等の提供により事故が発生した場合は、事業所は速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 ・事業所は事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。 ・事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。	
利用者の体調急変時等（緊急時等）における対応方法	サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を行うこととします。	

（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） 速やかに救急車、主治の医師又はあらかじめ事業所が定めた力医療機関、市区町村、ご利用者家族、介護支援専門員への連絡を行う等の必要な措置を行う。
	<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） ・事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等の訓練を行います。 ・事業所は、非常災害時に備え、備蓄品（水、食料等）保管します。
	<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	
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 2回
		訓練の実施 年 2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	CS調査
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> なし		
	<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		

1 7. 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 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 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

1 8. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度)年 1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	・入居者は居室及び共用施設並びに敷地等の利用方法等に関し、その本来の用途に従って善良な管理者の注意をもって利用するものとします。万が一、入居者が居室及び共用施設内において汚損、破損又は滅失してしまった場合は速やかに事業者届け出ることとします。		
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 checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
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
※1 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	・研修受講の趣旨を説明いたします。 ・受講申し込み及び受講状況等を管理し受講漏れがないよう努めます。		

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:施設長 周知方法:文書掲示により周知
	<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	(その内容) 当社の個人情報保護について、個人情報に対する基本姿勢、個人情報の収集、利用目的、個人情報の提供等に関する当社の方針を定めております。
	<input type="checkbox"/> なし	
※2 提携ホームへの移行	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	(提携ホーム名:)
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)
※1 看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。 ※2 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

役 員 名 簿

[illegible]

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			
1	18.14	×	○	○	×	○	○	58	201～222、301～318、401～418	103,600

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	5	39.53	1・2・3・4階洗濯室横	58	1階浴室3名利用可
食堂兼ラウンジ	4	307.92	1階厨房前、2・3・4階のエレベーター前	58	食堂兼リビング
洗濯室	3	15.18	2・3・4階スタッフルーム横	58	
トイレ	6	21.23	1階～4階	58	
洗面所	1	4.03	1階	58	
脱衣室	5	31.83	1階～4階浴室横	58	

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input checked="" 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 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 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	～	18 時 00分 人員 人
	上記以外の時間	18 時	00分	～	9 時 00分 人員 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		原則3時間に1回			毎日 8 回
緊急通報サービスの内容		提供時間	常駐する日	時 分 ～ 時 分	
			上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間	
		通報方法	ナースコール		
		通報先	スタッフコーナー	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		ご入居者は、身体の状態の急激な変化等で緊急に職員の対応を必要とする状態になった時は、昼夜を問わず24時間いつでもナースコール(設置場所:各居室、浴室、脱衣室、共用便所)等で対応を求めることが出来ます。			
生活相談サービスの内容		職員は、ご入居者より日常生活全般や介護サービス、医療サービスに関するご相談をお受けします。			
		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		提供時間	9 時 00 分 ～ 18 時 00分		
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		入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に月額198,000円をいただき対応します。上記の日中体制は基本的な日勤の職員の時間帯を記載している。勤務は基本的に早番((7:00～16:00)、日勤(9:00～18:00)、遅番(12:00～21:00)、夜勤(16:00～翌10:00)の4交代制となっている。			

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	
	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	
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()	
サービス提供の対 価(概算額)	月額※	約 36,300 円	内訳 朝食 289 円 昼食 402 円 夕食 519 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考		・食費とは別に厨房管理費:37,500円/月を請求します。 ・消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別690円以下で、その累計額が1日2,070円に達するまでの食費が該当し、軽減税率(8%)が適用されます。当住宅では、厨房管理費を軽減税率の対象としているため、朝食の費用のみ軽減税率(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		入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に月額198,000円をいただき対応します。	

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		入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に月額198,000円をいただき対応します。		

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 0 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考		入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に月額198,000円をいただき対応します。		

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	入居者の希望に応じた介護等のサービスを提供する。詳細は「介護サービス等の一覧表」参照
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		入居時自立状態及び要支援・要介護の入居者が自立状態になった場合に月額198,000円をいただき対応します。	

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	木下の介護川口
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	川口市八幡木1-13-12
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	ライフコミュニケーション大宮東
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	さいたま市大宮区天沼町2-150-1
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	ライフコミュニケーション大宮東
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	さいたま市大宮区天沼町2-150-1
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	

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

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)		包含	都度	料金(税込)※3	備考
					※2	※2		
<介護サービス>								
巡回	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆			自立:夜間(17時～9時)2回 要支援・要介護:3時間に1回
食事介護	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし				要介護:必要時適宜
排泄介助・おむつ交換	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし				要介護:必要時適宜
おむつ代			■ あり	□ なし		○	実費	
入浴(清拭)※1	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆			自立:体調不良時適宜 要支援・要介護:必要時適宜
入浴(巡視(安全確認))	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし	◆			自立のみ
見守り入浴	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆	○	880円/回	自立:必要時適宜 要支援:週2回 身体状況等により一般入浴介助 (週3回目以降実費)
一般浴介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	1,650円/回	要支援・要介護:週2回 要介護:身体状況等により特別介助、週3回目以 降実費
特浴介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	2,200円/回	要介護のみ:週2回(3回目以降実費)
身辺介助(居室からの移動)	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆			自立:体調不良時適宜 要支援・要介護:必要時適宜
身辺介助(衣類の着脱、体位交換))	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし				要介護のみ:必要時適宜
機能訓練	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆			
通院介助(協力医療機関)	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆			
通院介助(協力医療機関外)※交通費は実費	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	①3,300円/30分 ②1,650円/30分	①自立 ②要支援・要介護
緊急時対応	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆			24時間対応
<生活サービス>								
居室清掃 注2	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆	○	1,320円/回	①自立:週1回(2回目以降実費) ②要支援・要介護:週1回(2回目以降実費)
日常の洗濯 注3	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆	○	1,320円/回 クリーニング代実費	①自立:週1回(2回目以降実費) ②要支援・要介護:週2回(3回目以降実費)
リネン交換 注4	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	◆	○	1,320円/回	①自立:週1回(2回目以降実費) ②要支援・要介護:週1回
寝具レンタル	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	1,650円/月	布団・枕・ベッドパット
リネンレンタル	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	1,100円/月	シーツ・布団カバー・枕カバー

ゴミ回収	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆				粗大ごみ等実費
居室配膳・下膳	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆	○	330円／回		体調不良時適宜、入居者様都合の場合は実費
嗜好に応じた特別な食事					□	あり	■	なし					
おやつ					□	あり	■	なし					
理美容サービス					■	あり	□	なし		○	実費		
買い物代行(施設指定) 注5	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆	○	660円／回		自立:週1回 要支援・要介護:週2回目以降実費
買い物代行(要予約) 注6	□	あり	■	なし	■	あり	□	なし		○	1,650円／30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					
<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	◆				必要時適宜
生活指導・栄養指導	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆				必要時適宜
服薬支援	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆				必要時適宜
バイタルチェック	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆				必要時適宜
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆				必要時適宜
入退院時・入院中のサービス													
移送サービス	□	あり	■	なし	□	あり	■	なし					
入退院時の同行	□	あり	■	なし	□	あり	■	なし					
入院中の洗濯物交換・買い物	□	あり	■	なし	□	あり	■	なし					
入院中の見舞い訪問	□	あり	■	なし	□	あり	■	なし					
その他のサービス													
郵便物・宅配便	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆				
クリーニング等の取り次ぎ	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆				
外出介助	□	あり	■	なし	■	あり	□	なし		○	1,650円／30分		要支援・要介護のみ
レクリエーション	■	あり	□	なし	■	あり	□	なし	◆		実費		イベント費・材料費等

※金額表記は全て(税込)です。

注1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週2回、その他失禁等による臨時対応は適宜提供します。

注2 1回20分程度にて可能な範囲

注3 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

注4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

注5 施設指定日に指定場所にて購入できるものに限りです。

注6 スタッフの状況によりお受けできない場合がございます。

注7 交通費実費が別途かかります。

◆: 自立生活サポート費として月額サービスの費用に包含(自立者のみ)

※1 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3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。