

重要事項説明書

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条及び埼玉県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等

住宅の名称	(ふりがな) かげのまちこうのす 風の街こうのす		
所在地※1	(郵便番号369-0121) 埼玉県鴻巣市吹上富士見3-1-1		
連絡先	電話番号	048-547-2941	
	FAX番号	048-547-3055	
	メールアドレス	kazenomachi.kaigo@hitotubu.or.jp	
	ホームページ	http://www.hitotubu.or.jp/	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (高崎 線 吹上 駅から 徒歩 で 15分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()		
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権	<input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利
	期間 平成 26年 4月 1日から	平成 56年 3月 31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※2	<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 平成 26年 4月 1日から	平成 56年 3月 31日まで	
	契約の自動更新 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権	<input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利
	期間 平成 26年 4月 1日から	平成 56年 3月 31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		

(※1)住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。

建築前で、建物の所在、住居表示が決定していない場合は、土地の地番を記載すること。

(※2)施設とは、「9 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」を指す。

施設の運営者の権原を記載すること。運営者が複数いる場合、規模が最も大きい施設の運営者の権原を記載し、その他の運営者の権限について、入居者へ説明すること。

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) しゃかいふくしほうじんひとつぶ 社会福祉法人一粒
住所 (法人に あつては 主たる事務 所)	(郵便番号 369-0112) 埼玉県鴻巣市鎌塚40番地1 電話番号 048-547-2064
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) (郵便番号) 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) かぜのまちこうのす 風の街こうのす
事務所の所在地	(郵便番号369-0121) 埼玉県鴻巣市吹上富士見3-1-1 電話番号 048-547-2941

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	32	戸
居住部分の規模	(最小)	18.90	m ²
	(最大)	26.66	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	
		階数	3 階建
		詳細については、別添3のとおり	
	<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	2,627.52 m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1,451.89 m ²)
竣工の年月	2014	年	2月 14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 type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> 利用権契約 <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	特定施設入居者生活介護事業の混合型を取得した関係により、ご入居する際には利用権契約となります。賃貸借契約ではありません。
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

事業開始時期	平成 30 年 3 月 1 日から
--------	-------------------

6 利用料金

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)
---------	------	--------------

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	詳細につい ては、別添 4のとおり
	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	51,840 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	68,000	円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高)	約	71,000	円	
共益費の概 算額	(最低)	約	55,000	円	
	(最高)	約	55,000	円	
敷金の概算 額	(最低)	約	0	円	家賃の 0 月分
	(最高)	約	0	円	
前払金※の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
家賃等の前 払金の概算 額	(最低)	約	2,400,000	円	(最高) 約 2,400,000 円
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 介護保険事業所番号 (1171701509)				
	<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 介護保険事業所番号 ()				
	<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 介護保険事業所番号 (1171701509)				
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない				

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(家賃・管理費)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額(食費)	
	<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	消費者物価指数及び税法に則った消費税、人件費等を勘案します。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で改定すると共に改定にあたっては、当ホームは入居者及び保証人等へ事前に通知します。

前払金の算定根拠	<p>【前払金】</p> <p>・前払金は居室及び共用施設の家賃相当額の一部です。</p> <p><前払金の算定方法></p> <p>前払金は、以下の算定式に則って算定しております。</p> <p>①前払金(家賃相当分の一部) = ②(1ヶ月分の家賃の額の一部) × ③想</p>
----------	--

	<p>定居住期間※1+④想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当ホームが受領する額※2 ※1近隣既存ホームを元に統計的に算定し、60ヵ月と設定しております。 ※2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要な家賃相当額として算定し、入居金額の20%（15ヶ月分）としております。</p> <p>※A家賃タイプ 前払金型契約の場合 ①2,400,000円 ②32,000円 ③60ヶ月（5年間） ④（①×20%）480,000円</p> <p>※その他の家賃タイプの支払い比較表は別紙にて説明いたします。</p>	
想定居住期間（償却年数）	5年（60ヶ月）	
償却開始日	入居日の翌日	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	480,000円（15ヶ月分）	
初期償却率	20%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>契約締結後3か月以内に退去された場合は、いかなる場合であっても前払金全額を無利子で返還します。 ただし、前払金は家賃の前払いとなっているので、入居日の翌日から居室明け渡し日までの日割り計算に基づき、前払金から差し引いた金額を返還することとします。</p> <p>・入居前払金－（入居前払金－ 初期償却額）÷想定居住月数÷30×（入居日から契約終了日までの日数） ・初期償却費用については無利息で全額返還する。 ※月額利用料については日割計算で受領します。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>【月払い併用の場合】 ・入居一時金のうち、解約時に返還される額は、下記の計算式によって決定いたします。 ・（入居前払金－ 初期償却額）×（契約終了日から想定居住期間満了日までの日数）÷（入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数）</p> <p>・5年経過後（60ヶ月後）は返還金がなくなります。但しの追加の前払金は不要です。家賃も変わることがありません。 ・居室の使用にあたっては、通常の使用に伴い生じた居室の摩耗を覗き、居室を原状回復にかかる費用は入居者の負担とします。</p>
前払い金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	④ 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他	

※前払い金を受領していない場合は省略可

※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。

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 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 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号)	電話番号
修繕計画		
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の 実施予定	頃実施予定	
その他計画的 な修繕予定		

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	事業所番号	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

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）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) おからくらぶ 雪花菜くらぶ
事業所の所在地	(郵便番号369-0132) 埼玉県鴻巣市前砂287 電話番号 048-548-2778
連携又は協力の内容	厨房業務の労務提供を依頼する

10 登録の申請が基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切なものである旨

高齢者の居住の安定確保に関する基本的な方針に基づき、サービス付き高齢者向け住宅を経営するに各基準を満たす建物、設備を備えており、加えて多様な付属施設を設けて、ここに拠点に安全で安心なまちづくりを目指すもので、基本方針及び埼玉県の策定する高齢者居住安定確保計画に照らして適切なものであります。

11 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>○安全と安心を第一に心がけ、安心してお暮らしくさるよう応援させていただきます。</p> <p>○生活をリハビリする、心と五感を刺激する、お仲間と共に暮らすことをモットーに健やかな暮らしを応援させていただきます。</p> <p>○今まであきらめていたかもしれない夢を実現し、希望を持った暮らしを応援させていただきます。</p> <p>○地域の中で開かれた運営をしていきます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>○入居者の人権・プライバシー保護のための従業者教育等を行い、虐待防止・権利擁護に努めます。</p>

メールアドレス

(介護サービスホームページ)

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input 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
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(I)ロ	<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	
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			

(医療連携の内容)

医療支援	<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 checked="" type="checkbox"/> その他(緊急時等の対応)		
協力医療機関	1	名称	矢澤クリニック北本
		住所	埼玉県北本市北本1-107 江利川ビル1階
		診療科目	内科 泌尿器科 神経内科 循環器内科 呼吸器内科 緩和ケア内科
		協力内容	訪問診療、緊急時往診、日常の健康相談、看護指導、健康診断の実施、他の医療機関に入院を要する場合の紹介 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担 入院の場合に矢澤クリニック北本より紹介頂ける主な医療機関： 社会医療法人壮幸会行田総合病院、北里大学メディカルセンター
	2	名称	村越外科胃腸科肛門科
		住所	埼玉県鴻巣市吹上本町1-4-13
	診療科目	肛門科 / 胃腸科 / 整形外科 / 内科 / 循環器科 / 泌尿器科 / リハビリテーション科	
	協力内容	通常診療、夜間休日緊急対応、入院対応。	
協力歯科医療機関		名称	大本歯科クリニック
		住所	埼玉県鴻巣市北新宿714-1
		協力内容	訪問歯科診療、口腔ケア、義歯作成・調整、虫歯の治療、抜歯、相談、緊急時の対応 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<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 type="checkbox"/> その他 ()
判断基準の内容		
手続きの内容		<input type="checkbox"/> 医師の意見を聞く
		<input type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く
		<input 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 type="checkbox"/> なし
居室賃借権（利用権）の取扱い		<input 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 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 type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容)
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	(入居者の条件) (1) 利用者は概ね65歳以上の方 (2) 要支援・要介護認定を受けられている方 (3) 複数入居者による共同生活を営むことに支障がないこと (4) 自傷又は他人へ危害を加える恐れがないこと (5) 常時、医療機関等において治療を必要としないこと (6) 本契約に定める事項を承諾し、風の街こうのすの運営方針に賛同できること (7) 自らおよび保証人等が反社会的勢力に該当しないこと。 (8) 本物件は30年定期借地契約に基づいて建設されています。	
	事業主体から契約解除を求める場合	解約条項 入居契約第29条による (自立型) 入居契約第29条による (介護専用型) 解約予告期間 90日間 (原則、書面通知)
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約第30条による (自立型) 入居契約第30条による (介護専用型)
	解約予告期間	30 日間 (原則、書面通知)
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 一泊二日5,400円 (食費、諸経費込み+消費税)) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	32人	

その他	<p>1 保証人等の条件・義務等 契約者お一人につき、連帯保証人及び身元保証人各1名を定めていただきます。入居者がご夫婦、兄弟姉妹等（三親等まで）の場合は、お互いに保証人等になり、その他に第三者お一人を定めていただきます。入居者及び事業者の相談を受けることが可能な方で費用などの支払について、入居者と連帯して責任を負うこととなります。また、入居契約が解除された時に入居者を引き取ることとなります。 ※保証人等がたてられない方は、事業者指定の公正証書又は法人がご案内するNPO法人との契約を別途締結いただきます。（別途手数料がかかります。）</p> <p>2 喫煙・ペットの飼育不可です。</p>
-----	---

1.2 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	職員数 (実人数) 20人					常勤換算人数※1
	合計	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者 (計画作成担当者兼任)	1		1			0.6
生活相談員	1	1				1
直接処遇職員	15	11		4		13.8
介護職員	13	10		3		12
看護職員	2	1		1		1.8
機能訓練指導員	1			1		0.075
計画作成担当者	1		1			0.4
栄養士	1		1			
調理員 (委託)						
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) 15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	6	4		2	
実務研修の修了者	3	3			
初任者研修の修了者	5	5			
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） 3 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	2	1		1	
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士	1			1	
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					

(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。

(夜勤を行う職員の数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分～翌9時30分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	1 人	1 人
看護職員	— 人	— 人

※最小時人数は、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【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)	1.8 : 1
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	佐藤隆一郎									
	職名	ホーム長									
	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり 資格等の名称 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> なし									
	生活相談員	介護職員		看護職員		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											
経験年数	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		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

1.3 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	12人
年齢別	65歳未満	2人

入居期間	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

	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	8人
	85歳以上	10人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	6人
	要介護2	6人
	要介護3	3人
	要介護4	2人
	要介護5	3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	79.7	歳
入居者数の合計	24	人
入居率※	75	%

※ 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)

1.4 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)

1	窓口の名称	風の街こうのすホーム長
	電話番号	048-547-2941
	対応している時間	平日 午前9時00分～午後5時00分
		土曜 午前9時00分～午後5時00分
		日曜・祭日 午前9時00分～午後5時00分
定休日	年中無休	
2	窓口の名称	社会福祉法人一粒 苦情受付窓口
	電話番号	048-547-2064
	対応している時間	平日 午前9時00分～午後5時00分
		土曜 午前9時00分～午後5時00分
		日曜・祭日 午前9時00分～午後5時00分
定休日	年中無休	
3	窓口の名称	鴻巣市健康づくり部長寿いきがい課
	電話番号	048-541-1321
	対応している時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
		土曜 午前8時30分～午後12時00分
		日曜・祭日
定休日	日曜、祝日、年末年始	
4	窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情対応係
	電話番号	048-824-2568
	対応している時間	平日 午前8時30分～午後5時00分
		土曜
		日曜・祭日
定休日	土日、祝日、年末年始	
5	窓口の名称	埼玉県福祉部東部中央福祉事務所介護保険担当

電話番号	048-737-2347
対応している時間	平日 午前8時30分～午後5時00分
	土曜
	日曜・祭日
定休日	土日、祝日、年末年始

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) サービスの提供にあたっては、施設賠償責任保険等に加入しております。万が一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して、加入している保険により損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。東京海上日動火災保険に加入
	<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) 当社の責に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼし、法的な賠償責任を負う場合は、利用者に対して、その損害を賠償します。事故が発生した場合等の緊急時においては、速やかに別途指定された緊急連絡先に連絡をとるとともに、主治の医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。
	<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

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

1.5 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

1.6 その他

運営連絡会	<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	
提携ホームへの住み替え※	<input type="checkbox"/> あり	(提携ホーム名 :)	
	<input checked="" 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	
埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<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。

- (添付資料)
- 別添 1 (役員名簿 (法第 6 条第 1 項第 3 号に該当する者))
 - 別添 2 (役員名簿 (法第 6 条第 1 項第 4 号に該当する者))
 - 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が提供するサービスの概要)
 - 別添 5 (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)
 - 別添 6 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

説明年月日

令和 年 月 日

_____様に対して、_____契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

メールアドレス kazenomachi.kaigo@hitotubu.or.jp

ホームページ <http://www.hitotubu.or.jp>

所在地 埼玉県鴻巣市鎌塚40番地1

代表者名 理事長 関 博人

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、_____契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印

別添 3

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 <small>(該当するものを全て記載)</small>	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	18.9	×	○	○	×	○	○	14	212~217、 316~326	68,000
1	18.9	×	○	○	×	○	○	14	201~203、 206~211、 306、307、310 ~313	69,000
1	20.11	×	○	○	×	○	○	2	315,327	70,000
1	26.66	×	○	○	×	○	○	2	205,308	71,000

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)	利用方法
浴室・脱衣室	4	87.62	2階、3階	32	予約制(職員への声かけ、予約表に記入)
洗濯室	4	8.72	2階、3階	32	予約制(職員への声かけ、予約表に記入)
ダイニング (食堂兼用)	2	69.72	2階、3階	32	自由
1階食堂 (談話室)	1	72.33	1階	32	自由

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。

(2) 消防用設備・その他設備

消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応)
	<input type="checkbox"/> 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"/> 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 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	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	8人		
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	6人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	1人		
			合 計		人員	18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	22 時	00分	~	6 時	00分	人員	1人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	朝・昼・夕の食事時及び就寝時						人員	4 回
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)							
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時	0 分	~	24 時	00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	住戸内の緊急通報装置						
	通報先	職員が携帯するPHS			通報先から住宅までの到着予定時間	1 分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	21,600 円	前払金の算定方法				
	前払金	約	円					
備考	サービス提供の対価として、自立の方は21,600円、要支援要介護の方は0円							

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※	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">約</td> <td style="width: 15%;">51,840</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">内訳</td> <td style="width: 10%;">朝食</td> <td style="width: 10%;">378円</td> <td style="width: 10%;">昼食</td> <td style="width: 10%;">734円</td> <td style="width: 10%;">夕食</td> <td style="width: 10%;">615円</td> </tr> </table>	約	51,840	円	内訳	朝食	378円	昼食	734円	夕食	615円
	約	51,840	円	内訳	朝食	378円	昼食	734円	夕食	615円		
前払金	約 0 円	前払金の算定方法										
備考	法人の管理栄養士が献立・食材の発注・管理 月額料金は、1日3食・30日分の料金 調理職員の派遣(雪花菜くらぶ担当)											

※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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考	各サービス内容により料金が異なりますので、お問い合わせください。 重要事項説明書にてご説明します。 自立の方は、施設内サービス500円/10分(外税)、要支援要介護の方は、0円				

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	前払金の算定方法	
	前払金	約	0		
備考	各サービス内容により料金が異なりますので、お問い合わせください。 重要事項説明書にてご説明します。 自立の方は、施設内サービス500円/10分(外税)、要支援要介護の方は、0円				

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	自立の方の健康管理サービスは、基本サービスの状況把握及び生活相談、緊急時対応サービスに含まれております。要支援要介護の方は特定施設入居者生活介護のサービス利用計画に含まれています。				

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	買い物、手続代行、付き添い・送迎サービス等を提供いたします。			
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	各サービス内容により料金は異なりますので、お問い合わせください。 重要事項説明書にてご説明いたします。 施設外サービス1500円/30分(外税) 風の街の車利用時は車代として、1キロ150円(内税)				

別添5

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						<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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		個別の利用料で実施するサービス		個々の利用料で実施するサービス			備考
					包含 ※1	都度 ※2	料金(税別)	
介護サービス								
食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				保険給付
排泄介助・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				保険給付
おむつ代	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○	実費	実費負担
入浴(一般浴)介護・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○	1500円/1回(税別)	週3回以上は都度発生
特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○	1500円/1回(税別)	週3回以上は都度発生
身辺介助(移動・着替え等)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				保険給付
機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				保険給付
通院介助	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○	1500円/1時間(税別)	協力医療機関以外は個別利用料が都度発生
生活サービス								
居室清掃	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				1回/週、他必要に応じ
リネン交換	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				1回/週、他必要に応じ
日常の洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	○	実費	1回/週、他必要に応じ
居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				適宜実施
嗜好に応じた特別食	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
おやつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○			食事代金に含まれています
理美容サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○		実費負担
買物代行	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○	1500円/30分(税別)	
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○	1500円/30分(税別)	
金銭・貯金管理	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
健康管理サービス								
定期健康診断	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○	○		実費。有料は年1回、無料の簡便な健康診断は年2回実施
健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				適宜実施
生活指導・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				適宜実施
服薬支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				適宜実施
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				適宜実施
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○	1500円/30分(税別)	協力医療機関以外の入退院時の同行
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		○	1500円/30分(税別)	協力医療機関以外の入退院時の同行
入院中の見舞い訪問	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	○			適宜実施

※1 「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供する場合に該当。

※2 「都度」は、サービスごとの利用料が定まっている場合に該当。料金を記載すること。

別添6

事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	主な事業所の所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	0		
訪問入浴介護	0		
訪問看護	0		
訪問リハビリテーション	0		
居宅療養管理指導	0		
通所介護	0		
通所リハビリテーション	0		
短期入所生活介護	0		
短期入所療養介護	0		
特定施設入居者生活介護	1	介護付き有料老人ホーム風の街こうのす	埼玉県鴻巣市吹上富士見3-1-1
福祉用具貸与	0		
特定福祉用具販売	0		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0		
夜間対応型訪問介護	0		
認知症対応型通所介護	0		
小規模多機能型居宅介護	0		
認知症対応型共同生活介護	0		
地域密着型特定施設入居者生活介護	0		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0		
看護小規模多機能型居宅介護	0		
居宅介護支援			
<介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	0		
介護予防訪問入浴介護	0		
介護予防訪問看護	0		
介護予防訪問リハビリテーション	0		
介護予防居宅療養管理指導	0		
介護予防通所介護	0		
介護予防通所リハビリテーション	0		
介護予防短期入所生活介護	0		
介護予防短期入所療養介護	0		
介護予防特定施設入居者生活介護	0		
介護予防福祉用具貸与	0		
特定介護予防福祉用具販売	0		
<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	0		
介護予防小規模多機能型居宅介護	0		
介護予防認知症対応型共同生活介護	0		
介護予防支援			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	0		
介護老人保健施設	0		
介護療養型医療施設	0		