

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) れじでんしゃるこてさしさくら レジデンシャル小手指 Sakura | | |
| 所在地※1 | (郵便番号 359-1141) 埼玉県所沢市小手指町4-18-1 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 04-2941-5522 | |
| | FAX番号 | 04-2941-5523 | |
| | メールアドレス | kotesasi-sakura@kuwanomi.or.jp | |
| | ホームページアドレス | http://www.kuwanomi.or.jp/ | |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (西武池袋 線 小手指 駅から 徒歩 で 5分) <input type="checkbox"/> 2. その他 () | | |
| 住宅に関する権原 | <input checked="" 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 年 月 日 | から 平成 年 月 日まで |
| | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 抵当権の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 施設に関する権原※2 | <input checked="" 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 年 月 日 | から 平成 年 月 日まで |
| | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 抵当権の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 敷地に関する権原 | <input checked="" 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 年 月 日 | から 平成 年 月 日まで |
| | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 抵当権の有無 | <input 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くわのみかい 社会福祉法人桑の実会 | |
| 住所 (法人にあっては 主たる事務所) | (郵便番号 359-1106) 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-12 電話番号 04-2921-1160 | |
| 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) | (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) しゃかいふくしほうじんくわのみかい 社会福祉法人桑の実会 |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 359-1106) 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-12 電話番号 04-2921-1160 |

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) | 25.34 | m ² |
| | (最大) | 25.73 | 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 | 4 階建 | |
| | ■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 | 3104.87 | m ² | (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 3104.87 m ²) |
| 竣工の年月 | 2014 | 年 | 8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 checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input 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 | |
| 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 | 年 月 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) | 詳細については、別添4のとおり |
|---------------------|--|---|-----------------|-----------------|
| | 状況把握・生活相談 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 | 約 10,800 円 | |
| 高齢者生活支援サービス | 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 54,000 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 0 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 0 円 | |
| | 健康の維持増進 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" 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 0 円 | |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 | 70,000 円 | 住戸ごとの内容は別添3のとおり | |
| | (最高) 約 | 77,000 円 | | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 | 35,000 円 | | |
| | (最高) 約 | 52,500 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 | 140,000 円 | 家賃の 2.0 月分 | |
| | (最高) 約 | 154,000 円 | | |
| 前払金※の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |
| 家賃等の前払金の概算額 | (最低) 約 | 円 | (最高) 約 円 | |
| 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 | | | |
| 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 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 | | | |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| 利用料金の支払方式 | <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 type="checkbox"/> 月払い方式 | |
| | <input type="checkbox"/> 選択方式 <small>(該当する方式全て選択)</small> | <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 |
| 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 type="checkbox"/> 減額なし | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額 | |
| 利用料金の改定 | 条件 | <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 |
| | 手続き | 入居契約書第4・5・6条に準じる 入居者懇談会などで説明後、再契約 |

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 (法人にあつては 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 大規模修繕の 実施予定 | 2025年 | 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 |
|-----------------|-----------------|-------------|---|
| 桑の実中央相談室 | ケアプランの作成など | 11725045648 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| 桑の実中央ヘルパーステーション | 訪問介護サービス | 1172501809 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| デイサービスセンターさくら | 通所介護サービス | 1172500371 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| 24時間ホームケアほほえみ | 24時間の訪問介護サービス | 1192500278 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| 夜間見守りきずな | 夜間帯における訪問介護サービス | 1192500146 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |

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) いりょうほうじんしゃだんまごころかいとよかわいいん 医療法人社団真心介豊川医院 |
| 事業所の所在地 | (郵便番号) 359-1141) 埼玉県所沢市小手指町3-22-12 電話番号 04-2948-1122 |
| 連携又は協力の 内容 | 医療連携 |

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

基本方針及び県高齢者住居安定確保計画に基づき、ご利用者に質の高いサービス提供するとともに、地域包括ケアと地域防災の拠点としての役割を担ってまいります。県高齢者住居安定確保計画に照らして適切です。

11 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 元気な方から介護が必要な方まで安心して快適に生活できるよう運営を行っています。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>○医療と介護の連携 1Fに介護保険5事業所配置。ケアマネ、ヘルパー、デイなど希望者の方には、介護の提供が可能です。 また、医師、歯科医師による訪問診療、訪問薬剤管理などの医療も可能です。終末ケアも含めた医療と介護を行います。</p> <p>○地域交流スペース 1Fに地域交流スペースがあり、入居者及び地域の方へ開放しております。年間をとおして、イベントの開催を行っております。</p> <p>○地域防災への取組 敷地内に自家発電機、井戸、LPガスを設置し、大規模災害時には、入居者や地域住民の避難場所としての機能を目指します。</p> |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|--|-------------------|-----------------------------------|
| 医療支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団真心会豊川医院 |
| | | 住所 | 埼玉県所沢市小手指町3-22-12 |
| | | 診療科目 | 内科, 消化器科, 循環器科, リウマチ科, リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 往診など |
| | 2 | 名称 | メイプルクリニック |
| | | 住所 | 埼玉県所沢市山口3-3-1 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 往診など |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | リンク歯科クリニック | |
| | 住所 | 埼玉県狭山市新狭山3-9-3-1F | |
| | 協力内容 | 訪問診療可能 | |

(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 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 | 長期的に他の入居者に対し迷惑行為や常時医療や介護が必要になった場合など | |
| 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 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 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり | <input 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 | 医療・認知症の症状によって入居の制約がある場合があり | | |
| 事業主体から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 契約書に記載 (賃料・共益費など利用料支払義務違反、反社会的勢力など規定あり) | |
| | 解約予告期間 | 入居契約書第11条に準じる | |
| 入居者から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第12条に準じる | |
| | 解約予告期間 | 入居契約書第12条に準じる | |
| 体験入居の内容 | <input type="checkbox"/> あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 入居定員 | 58人 | | |
| その他 | なし | | |

1.2 職員体制

(資格を有している介護職員の人数)

| | | | | | |
|---|--------------|----|-----|-----|-----|
| 職種 | 職員数(実人数) 11人 | | | | |
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 7 | 0 | 4 | 0 | 3 |
| 実務研修の修了者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ヘルパー2級の修了者 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 介護支援専門員 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| (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。 | | | | | |

(夜勤を行う職員の人数)

| | | |
|-------------------------------|------|--------|
| 夜勤帯の設定時間 (17時00分～翌9時00分) | | |
| 職種 | 平均人数 | 最小時人数※ |
| 介護職員 | 0人 | 0人 |
| 看護職員 | 2人 | 1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。 | | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------|---|------|--|------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 | 管理者の氏名 | 米川 智裕 | | | | | | | | |
| | 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 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 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 経験年数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | |

13 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 | 18人 |
| | 女性 | 42人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 42人 |
| | 85歳以上 | 18人 |
| 要介護度別 | 自立 | 7人 |
| | 要支援1 | 6人 |
| | 要支援2 | 12人 |
| | 要介護1 | 12人 |
| | 要介護2 | 13人 |
| | 要介護3 | 5人 |
| | 要介護4 | 3人 |
| | 要介護5 | 2人 |

| | | |
|------|------------|-----|
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 5人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 6人 |
| | 1年以上5年未満 | 49人 |
| | 5年以上10年未満 | 0人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | | |
|--|------|---|
| 平均年齢 | 87.1 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 60 | 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 | 1 | 人 | |
| | 社会福祉施設 | 4 | 人 | |
| | 医療機関 | 2 | 人 | |
| | 死亡者 | 2 | 人 | |
| | その他 | 0 | 人 | |
| 生前解約の状況 | 訪問介護サービス | 0 | 人 | |
| | 入居者側の申し出 | 0 | 人 | (解約事由の例) |

14 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 | レジデンシャル小手指Sakura |
| | 電話番号 | 04-2941-5522 |
| | 対応している時間 | 8:30~17:30 |
| | 定休日 | なし |
| 2 | 窓口の名称 | 桑の実会本部 |
| | 電話番号 | 04-2921-5522 |
| | 対応している時間 | 8:30~17:30 |
| | 定休日 | 土・日・祝日・12/29~1/3 |
| 3 | 窓口の名称 | 第三者委員 ①杉本 孝一郎 ②小林 ゆきゑ |
| | 電話番号 | ①04-2923-8086 ②04-2928-6442 |
| | 対応している時間 | 10:00~16:00 |
| | 定休日 | 土・日・祝日・12/29~1/3 |
| 4 | 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 |
| | 電話番号 | 048-830-3254 |
| | 対応している時間 | 8:30~17:15 |
| | 定休日 | 土・日・祝日・12/29~1/3 |
| 5 | 窓口の名称 | 埼玉県都市整備部住宅課 |
| | 電話番号 | 048-830-5562 |
| | 対応している時間 | 8:30~17:15 |
| | 定休日 | 土・日・祝日・12/29~1/3 |
| 6 | 窓口の名称 | 所沢市消費生活支援センター |
| | 電話番号 | 04-2998-9204 |
| | 対応している時間 | 10:00~15:30 |
| | 定休日 | 土・日・祝日・12/29~1/3 |
| 7 | 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター川越 |
| | 電話番号 | 049-247-0888 |
| | 対応している時間 | 9:30~16:00 |
| | 定休日 | 土・日・祝日・12/29~1/3 |

(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) 日新火災海上保険株式会社 総合賠償責任保険 (施設居宅介護事業者特約付帯) |
| | <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) 本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供し場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(ご家族への連絡、救急車の呼び出し等)を行います。 |
| | <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 | 意見箱の設置 |
| | | 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 | | |

15 入居希望者への事前の情報開示

| | | | |
|----------|--|--|---|
| 入居契約書の雛形 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

16 その他

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 2 <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 checked="" type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: 特別養護老人ホーム康寿園、特別養護老人ホーム本郷希望の丘など) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 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

平成 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。

登録事業者名 社会福祉法人桑の実会レジデンシャル小手指Sakura

所在地 埼玉県所沢市小手指町4-18-1

代表者名 桑原 哲也 印

説明者氏名 米川 智裕 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1

役員名簿
(高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第3号に該当する者)

| (ふりがな) 氏 名 | 役名等 |
|---------------------|-----|
| くわばら てつや 桑原 哲也 | 理事長 |
| はまの けんいち 濱野 賢一 | 理事 |
| よねはら ひでお 米原 秀雄 | 理事 |
| うの ひろみ 宇野 ひろみ | 理事 |
| よねかわ ともひろ 米川 智裕 | 理事 |
| みつぎ のりお 三ツ木 紀夫 | 理事 |
| まつもと かずお 松本 和雄 | 理事 |
| ますやま よしひろ 増山 良裕 | 理事 |
| たかはし りょうへい 高橋 良平 | 理事 |
| いわき まさひろ 岩城 正広 | 監事 |
| くどう こうへい 工藤 公平 | 監事 |

別添2

役員名簿
(高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第4号に該当する者)

| (ふりがな) 氏 名 | 役名等 |
|---------------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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 | 25.34 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 6 | 214～219 | 70000 |
| 2 | 25.34 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 10 | 202～211 | 71000 |
| 3 | 25.73 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 1 | 213 | 71000 |
| 4 | 25.73 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 1 | 201 | 72000 |
| 5 | 25.34 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 6 | 314～319 | 72000 |
| 6 | 25.73 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 2 | 212 220 | 73000 |
| 7 | 25.34 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 10 | 302～311 | 73000 |
| 8 | 25.73 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 1 | 313 | 73000 |
| 9 | 25.73 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 1 | 301 | 74000 |
| 10 | 25.34 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 6 | 412～417 | 74000 |
| 11 | 25.73 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 2 | 312 320 | 75000 |
| 12 | 25.34 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 8 | 402～409 | 75000 |
| 13 | 25.73 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 411 | 75000 |
| 14 | 25.73 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 | 401 | 76000 |
| 15 | 25.73 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 2 | 410 418 | 77000 |

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 |
|--------|-----------|--------------|-----------|-------------------|------|
| 喫煙室 | 1 | 4.14 | 1階フロア | 10 | |
| 浴室 | 2 | 7.68 | 2階フロア | 20 | 予約制 |
| 食堂ラウンジ | 3 | 92.61 | 2・3・4階フロア | 58 | |
| 洗面コーナー | 3 | 11.73 | 2・3・4階フロア | 58 | |
| 共同トイレ | 3 | 12 | 2・3・4階フロア | 58 | |
| 脱衣室 | 2 | 7.86 | 2階フロア | 20 | |
| | | | | | |

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 | ■ 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 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 type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 1人 | |
| | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 養成研修修了者 | 人員 人 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 7人 | <input type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 3人 | |
| | | | | 合計 | 人員 11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 | 主に食事提供時(夕食事) | | | | 毎日 1 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 0分 | | | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | | |
| | 通報方法 | ナースコール | | | | |
| | 通報先 | 1階事務所 | | 通報先から住宅までの到着予定時間 | 1分 | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 10800 円 | 前払金の算定方法 | | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | | |
| 備考 | 基本サービス費(月額10,800円(税込み))により提供 | | | | | |

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) かぶしがいいしやればすと 株式会社レパスト | | | |
| | 住所 (法人にあって は主たる事務 所の所在地) | (郵便番号 104 - 0061) | 東京都中央区銀座7-13-8第2丸高ビル 電話番号 03-3541-1751 | | |
| | 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 104 - 0061) | 東京都中央区銀座7-13-8第2丸高ビル 電話番号 03-3541-1751 | | |
| 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 54000 円 | 内訳 | 朝食 500 円 昼食 650 円 夕食 650 円 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| 備考 | | 上記の金額は1ヶ月30日、1日3回喫食した場合の料金です。 1ヶ月の食数に応じて月額料金は変わります。 | | | |

※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 | | 日常生活において20分以内の身体介護 単発:270円/回(税込み) 月:10,800円/月(税込み) | | | |

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 checked="" 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 | 短時間生活援助: 378円/(税込み) 7,560円(税込み) 家事代行: 1,080円/30分(税込み) 洗濯代行: 1,080円/回(税込み) | | |

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 () | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 円 | 前払金の算定方法 |
| | 前払金 | 約 円 | |
| 備考 | | | |

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|----------------|--|---|--|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | 内容 | | | |
| 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 | 居宅への配膳: 下膳: 162円/回(税込み) 通院支援: 1,080円/30分(税込み) 簡単なエアコン清掃: 1,080円/台(税込み) | | | | |

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 | | □ あり | | ■ なし | | |
|----------------------------------|--|--|-----------------------------|-------|---------------------|--------------------|
| | | 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 | 包含 ※1 | 都度 ※2 | 料金(税込) |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 10,800円/月 270円/回 | 日常生活において20分以内の身体介護 |
| 排泄介助・おむつ交換 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 10,800円/月 270円/回 | 日常生活において20分以内の身体介護 |
| おむつ代 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 入浴(一般浴)介護・清拭 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 特浴介助 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 身辺介助(移動・着替え等) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 10,800円/月 270円/回 | 日常生活において20分以内の身体介護 |
| 機能訓練 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 通院介助 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 1,080円/30分 | 交通費は、実費 |
| 生活サービス | | | | | | |
| 居室清掃 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 7,560円/月 378円/回 | 日常生活において30分以内の生活支援 |
| リネン交換 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 7,560円/月 378円/回 | 日常生活において30分以内の生活支援 |
| 日常の洗濯 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 7,560円/月 378円/回 | 日常生活において30分以内の生活支援 |
| 居室配膳・下膳 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 2,160円/月 162円/回 | 日常生活において5分以内の生活支援 |
| 嗜好に応じた特別食 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| おやつ | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 理美容サービス | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 買物代行 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 7,560円/月 378円/回 | 日常生活において30分以内の生活支援 |
| 役所手続き代行 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 金銭・貯金管理 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | | 3,240円/月 | 5万円までお預かりができません |

| 健康管理サービス | あり | なし | あり | なし | あり | なし | あり | なし | | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|---|------------|---------|
| 定期健康診断 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 健康相談 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 服薬支援 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 入院時・入院中のサービス | | | | | | | | | | | | | |
| 移送サービス | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 入院時の同行 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | ○ | 1,080円/30分 | 交通費は、実費 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | ○ | 1,080円/30分 | 交通費は、実費 |
| 入院中の見舞い訪問 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

※1 「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供している場合に該当。

※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。

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 | 2 | 桑の実中央ヘルパーステーション | 埼玉県所沢市小手指町4-18-1 |
| 訪問入浴介護 | 0 | | |
| 訪問看護 | 0 | | |
| 訪問リハビリテーション | 1 | ケアステーション所沢訪問リハビリテーション | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-13 |
| 居宅療養管理指導 | 0 | | |
| 通所介護 | 1 | デイサービスセンターさくら | 埼玉県所沢市小手指町4-18-1 |
| 通所リハビリテーション | 3 | ケアステーション所沢通所リハビリテーション | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-13 |
| 短期入所生活介護 | 2 | 康寿園短期入所生活介護事業所 | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2833-1 |
| 短期入所療養介護 | 1 | 介護老人保健施設ケアステーション所沢 | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-13 |
| 特定施設入居者生活介護 | 0 | | |
| 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 | 1 | 24時間ホームケアほほえみ | 埼玉県所沢市小手指町4-18-1 |
| 夜間対応型訪問介護 | 1 | 夜間見守りきずな | 埼玉県所沢市小手指町4-18-1 |
| 認知症対応型通所介護 | 0 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | 1 | 多機能ホームゆう | 埼玉県所沢市小手指元町1-9-2 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 2 | 康寿園グループホーム輝 | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2796-1 |
| 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 | 2 | 桑の実中央ヘルパーステーション | 埼玉県所沢市小手指町4-18-1 |
| 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 | 1 | ケアステーション所沢訪問リハビリテーション | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-13 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | 0 | | |
| 介護予防通所介護 | 1 | デイサービスセンターさくら | 埼玉県所沢市小手指町4-18-1 |
| 介護予防通所リハビリテーション | 3 | ケアステーション所沢通所リハビリテーション | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-13 |
| 介護予防短期入所生活介護 | 2 | 康寿園短期入所生活介護事業所 | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2833-1 |
| 介護予防短期入所療養介護 | 1 | 介護老人保健施設ケアステーション所沢 | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-13 |
| 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 | 1 | 多機能ホームゆう | 埼玉県所沢市小手指元町1-9-2 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2 | 康寿園グループホーム輝 | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2796-1 |
| 介護予防支援 | | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | 2 | 特別養護老人ホーム康寿園 | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2833-1 |
| 介護老人保健施設 | 1 | 介護老人保健施設ケアステーション所沢 | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘6-2823-13 |
| 介護療養型医療施設 | 0 | | |