

## 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) ふるさとほーむふかやだいさん ふるさとホーム深谷第参		
所在地※1	(郵便番号 366-0818 ) 埼玉県深谷市萱場15番1号		
連絡先	電話番号	048-570-2301	
	FAX番号	048-575-1831	
	メールアドレス		
	ホームページアドレス	<a href="http://www.vati.co.jp/">"http://www.vati.co.jp/"</a>	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( 高崎 線 深谷 駅から 徒歩 で 20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                      2019年      3月      1日から      2044年      2月      29日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間                      年      月      日から      平成      年      月      日まで 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<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                      2019年      3月      1日から      2044年      2月      29日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input 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) かぶしきがいしやうあていー 株式会社ヴァティー		
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 105-0004 ) 東京都港区新橋三丁目11番1号 電話番号 03-6435-6116		
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) ふるさとほーむふかやだいさん ふるさとホーム深谷第参
--------	--------------------------------------

事務所の所在地	(郵便番号 366-0818 ) 埼玉県深谷市萱場15番1号 電話番号 048-570-2301
---------	--

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	40	戸
居住部分の規模	(最小)	18.90	m <sup>2</sup>
	(最大)	19.20	m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	構造	鉄骨造	
	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	1,493.28	m <sup>2</sup> (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1,493.28 m <sup>2</sup> )
竣工の年月	平成 31 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 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事事が認める者) (「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 31 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 0 円	
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 53,460 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 checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 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	詳細については、別添4のとおり	
家賃の概算額	(最低) 約 50,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり		
	(最高) 約 50,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 49,500 円			
	(最高) 約 49,500 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 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ( 1174602597 )			
	<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	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ( )			

事業所	■ 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	■ 指定を受けている 介護保険事業所番号 ( 1174602597 )
	□ 指定を受けていない
介護サービス情報	(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は別紙※のとおり

※「介護サービス情報公表システム」の掲載内容を印刷したもの。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	
共益費(管理費)	
敷金	
高齢者生活支援サービス	
食費	
その他	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金算定の根拠)

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	介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額
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(上乗せサービス)	なし

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

前払金の算定根拠		
想定居住期間(償却年数)		
償却開始日	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		
初期償却率	%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
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。

利用料金の支払方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式	
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 選択方式 (該当する方式全て選択)	<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 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	目的住宅が所在する自治体が発表する消費者物価指数や人件費等の上昇等



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

※表に記載された施設、サービスに限らず、介護サービス事業者の選択は自由とする。

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)
事業所の所在地	(郵便番号)      電話番号
連携又は協力の内 容	

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

基本方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切に運営します。
---------------------------------













1 1 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	利用者が職員や他の利用者との共同生活の中で、ご自身の趣味やレクリエーション、又は手仕事等をしながら過ごすことにより、本人のADL・生活能力を維持することを支援します。 また、地域に密着した有料老人ホームの運営をすることにより利用者のご家族の「安心」を得ることを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	第二の家族となり、ホスピタリティーにあふれる介護

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は省略。

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無	入居継続支援加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	生活機能向上連携加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	A D L 維持等加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input 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
	口腔衛生管理体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	障害者等支援加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	L I F E への登録		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	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
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
(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)		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
短期利用(介護予防)特定施設入居者生活介護の算定		<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 type="checkbox"/> 入退院の付き添い		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
協力医療機関	1	名称	在宅クリニック熊谷南
		住所	埼玉県熊谷市万吉987-1
		診療科目	内科
		協力内容	往診
	2	名称	医療法人社団醫光会 おうら病院

協力歯科医療機関	住所	群馬県邑楽郡邑楽町篠塚3233- 1
	診療科目	内科
	協力内容	緊急時の対応
	名称	医療法人芳志会 長谷川歯科医院
	住所	群馬県太田市由良町294-1
	協力内容	月2回の往診

(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 checked="" 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		
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書 第10条
	解約予告期間	相当の期間
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11条
	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5,500円(税込)【食事代別】) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	40 人	
その他		

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) 23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	1		1			1.0
生活相談員	1		1			1.0
直接処遇職員	19	6		12	1	14.3
介護職員	14	6		8		12.4
看護職員	5			4	1	1.9
機能訓練指導員	1				1	0.2
計画作成担当者	1			1		0.5
栄養士						
調理員						
事務員	1	1				1.0
その他職員	1			1		0.6
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) 11 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	3	2		1	
実務研修の修了者	1			1	
初任者研修の修了者	7	4		3	
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) 1 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師	1				1
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					

(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。

(夜勤を行う職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 16時 00分 ~ 10時 00分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	2 人	1 人
看護職員	0 人	0 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	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
	【表示事項】	<input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<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)	2.6 : 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		落合 晃次								
	職名		管理者								
	他の職務との兼務		■ あり		□ なし						
	業務に係る資格等		■ あり		資格等の名称		介護職員初任者研修				
		□ 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	1	1	0	4	0	1	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	1	1	2	0	2	0	0
経験年数	1年未満	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	3	4	0	1	0	1	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施				■ あり		□ 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	17人
	女性	14人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	10人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	4人
	要介護2	7人
	要介護3	8人
	要介護4	7人
	要介護5	5人

入居期間	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	26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	78.3	歳
入居者数の合計	31	人
入居率※	77.5	%

※ 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	0	人	
	社会福祉施設	1	人	
	医療機関	2	人	
	死亡者	10	人	
	その他	0	人	
生前解約の状況	施設側の申し出	0	人	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3	人	(解約事由の例) 長期入院(2名)、 他施設へ移動(有料老人ホーム1名)

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	ふるさとホーム深谷第参
	電話番号	048-570-2301
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	なし
2	窓口の名称	株式会社ヴァティー 介護事業部
	電話番号	03-6435-6116
	対応している時間	平日9:00~18:00、土曜11:00~17:00
	定休日	日曜、祝日、年末年始
3	窓口の名称	一般社団法人 高齢者住宅協会
	電話番号	03-6689-7917
	対応している時間	10:00~17:00
	定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始
4	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	土曜、日曜、祝日、年末年始
5	窓口の名称	埼玉県 北部福祉事務所
	電話番号	0495-22-0101
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始
6	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	土曜、日曜、祝日、年末年始
7	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター熊谷
	電話番号	048-524-0999
	対応している時間	9:00~16:00
	定休日	土曜、日曜、祝日、年末年始
8	窓口の名称	深谷市消費生活支援センター
	電話番号	048-571-2805
	対応している時間	10:00~12:00、13:00~16:00
	定休日	火曜、土曜、日曜、祝日、年末年始
9	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	8:30~17:00
	定休日	土曜、日曜、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) あいおいニッセイ同和損保株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	<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) 事故対応マニュアルにより誠意をもって対応します。

	<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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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		

15 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 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 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 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
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、入居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

株式会社ヴァティ

---

所在地

東京都港区新橋三丁目11番1号

---

代表者名

代表取締役 池田 竜太

---

説明者氏名

---

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

---



## 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)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納		
1	18.90	×	○	○	×	×	○	38	101～103、105～107、201～203、 205～208、210、212、213、215～ 218、220、221、301～303、305～ 308、310、312、313、315～318、 320、321
1	19.20	×	○	○	×	×	○	2	211、311

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)	
食堂兼 機能訓練室	1	97.49	1F	40	朝食(7:00～9:00) 昼食(11:00～13:00) 夕食(17:00～19:00) 慢性病棟のためまたは一時的に治療 食を提供します。 来訪者や入居者同士の歓談の場とし
談話室	2	61.38	2F×1 3F×1	40	来訪者や入居者同士の歓談の場とし
浴場	3	25.03	1F	40	緊急ボタンが設置してあります。 複数での使用となりますので、他の す。次に使用される方が不快になら い申し上げます。
脱衣室	1	19.97	1F	40	入居者が入浴時のご利用可能で
多目的WC	4	19.72	1F×2 2F×1 3F×1	40	トイレの備え付けのトイレットペーパ れがありますのでご注意ください。
共用収納	1	7.56	1F	40	
洗濯室	3	28.62	1F×1 2F×1 3F×1	40	複数での使用となりますので、他の す。洗濯が終了しましたら、速やかに 洗剤等の管理は各自お願い致します

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

消化器	■ 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
エレベーター	<input type="checkbox"/> あり      ( <input type="checkbox"/> 車椅子対応 <input type="checkbox"/> ストレッチャー対応 ) <input type="checkbox"/> なし

月額家賃 (概算額) (円)
50,000
50,000

<p>利用方法</p> <hr/> <p>療食の必要な方には医師の指示を受けて治療して利用できます。</p> <hr/> <p>して利用できます。</p> <hr/> <p>方が使用中にはお待ちいただく場合があります。ないよう、なるべくご協力くださるようお願い</p> <hr/> <p>す。</p> <hr/> <p>以外の紙を使用されますと便器が詰まる恐れ</p> <hr/> <p>方が使用中にはお待ちいただく場合があります。洗濯機からお出しください。</p> <hr/>
---



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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託す</span>			
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつ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 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>				
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
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	5人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	4人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く(</span>				
常駐する時間	日中	9 時 30分	～	16 時 30分	人員
	上記以外の時間	16 時 30分	～	9 時 30分	人員
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 食事の提供サービス時(朝食・夕食)に居室訪問にて、心身の状況把握をいたします。				毎日
	<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(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		
		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階事務室		通報先から住宅までの到着予定時間		
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	0 円		
備考	特定施設入居者生活介護の利用契約を締結している方は、介護保険サービスとして提供いたします。				

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 委託す</span>	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃまっくとれす 株式会社マックトレス	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 329-0201 ) 栃木県小山市粟宮1429番1 電話番号 0285-45-5147	
	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 420-0851 ) 静岡県静岡市葵区黒金町20-3 電話番号 054-204-5710	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他(	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない(	
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他(	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 53,460 円	内訳 朝食 594 円 昼食 540 円 夕食
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法
備考	月額1,782円(税込) 日単位での精算 昼食におやつ代を含む。 ご飯については大盛にすることも可能です。その場合は別途54円(税込) また、経管栄養による栄養剤の費用は、月額1,782円(税込)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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託す</span>		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(		
	内容	<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 0 円		
備考	特定施設入居者生活介護の利用契約を締結している方は、介護保険サービスとして提供いたします。 ただし、以下の場合個別請求となります。 一般浴介助:週4回以上 1,100円(税込)/回 特浴介助:週3回以上 1,650円(税込)/回			

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託す</span>		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他(		
	内容	<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 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	特定施設入居者生活介護の利用契約を締結している方は、介護保険サービスとして提供いたします。			

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託す	
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 type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付		
		<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	0 円	
備考		健康相談・血圧等の測定にかかるサービス提供の対価は「状況把握及び生活相談サービス提供の対価(税込)」に含みます。 また、通院等の付き添いは、1回あたり5,500円(税込)となります。 概ね片道30分以内で受診できる病院等で、職員1名で付き添い可能な場合に限りま			

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	
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	フロントサービス、代行(買い物代行、公租公課の納付代行等)、不在中居室管理、ゴミ出しサービス(移送サービス・入退院時の同行・洗濯物交換等)		
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		希望する方へのサービスです。以下を除くサービスの費用は共益費に含みます。 【代行】月2回まで共益費に含み、3回以上は30分あたり550円(税込) 【入院時サービス】入院先が指定協力医療機関の場合:費用は共益費に含む 入院先が指定協力医療機関以外の場合:1回60分までは共益費に含み、60分以上は30分あたり550円			

る
人
1人
7人
6人
)
4人
1人
3回
近接する土地
00分
3分

る
)
)
)
)
648 円

る
)
)
,

る
)
)
,

る
)
き添い
)
価」11,000円

る
)
ニ収集、入院
円(税込)

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
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			備考	
			包含 ※1	都度 ※2	料金（税込）		
介護サービス							
食事介助	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			
排泄介助・おむつ交換	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			
おむつ代			■ あり	□ なし	○	別添8 おむつ価格一覧表による	
入浴（一般浴）介護・清拭	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	詳細は別添7 介護サービスの一覧表による	
特浴介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○		
身辺介助（移動・着替え等）	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			
機能訓練	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし		サービス計画による	
通院介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	詳細は別添7 介護サービスの一覧表による	
生活サービス							
居室清掃	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			
リネン交換	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			
日常の洗濯	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			
居室配膳・下膳	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			
嗜好に応じた特別食			■ あり	□ なし	○	詳細は別添7 介護サービスの一覧表による	
おやつ			■ あり	□ なし	○	食費に含む	
理美容サービス			■ あり	□ なし	○	利用内容による	
買物代行	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	詳細は別添7 介護サービスの一覧表による	
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	■ あり	□ なし	○	希望者のみ	
健康相談	□ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	詳細は別添7 介護サービスの一覧表による	
生活指導・栄養指導	□ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○		
服薬支援	□ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	□ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○		
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	○	詳細は別添7 介護サービスの一覧表による	
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	37○		

入院中の見舞い訪問

あり

なし

あり

なし

○

※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決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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
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	10	ケアステーションあさひ深谷 ケアステーションあさひ本庄 ケアステーションあさひ深谷第貳 ケアステーションあさひ熊谷 ケアステーションあさひ羽生 ケアステーションあさひ妻沼 ケアステーションあさひ熊谷船木台 ケアステーションあさひ行田 ケアステーションあさひ神川 ケアステーションあさひ行田第貳	深谷市宿根1499-3 本庄市美福3丁目2-22 深谷市国済寺字西曲輪602-1 熊谷市中西四丁目20番45号 羽生市東2丁目6番4号 熊谷市上根119-1 熊谷市船木台3丁目1番18 行田市持田2539-1 児玉郡神川町大字元阿保911番1 行田市藤原町2-22-3
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	30	あんしんホーム草加 あんしんホーム浦和芝原 あんしんホーム上尾 あんしんホーム白岡 あんしんホーム小川 あんしんホーム川口 ふるさとホーム八潮 ふるさとホーム鶴ヶ島 ふるさとホーム寄居 ふるさとホーム狭山 ふるさとホーム朝霞 ふるさとホーム坂戸 ふるさとホーム長瀬 ふるさとホーム鶴ヶ島三ツ木 ふるさとホーム嵐山 ふるさとホーム桶川 ふるさとホーム小川大塚 ふるさとホーム毛呂山 ふるさとホーム吉見 あんしんホーム東松山 ふるさとホーム美里 ふるさとホーム日高 ふるさとホームときがわ ふるさとホーム鴻巣 ふるさとホーム岩槻 ふるさとホーム川越 ふるさとホームときがわ別所 ふるさとホーム武里 ふるさとホーム東鷲宮 ふるさとホーム深谷第参	草加市谷塚一丁目22番17号 さいたま市緑区芝原三丁目14-1 上尾市上尾下716-1 白岡市小久喜字神辺847番1 比企郡小川町大字木部中内出176番1 川口市江戸袋一丁目4番20号 八潮市大字南川崎132-2 鶴ヶ島市大字脚折時池ノ台1441-12 大里郡寄居町大字用土字東櫛挽3732-3 狭山市大字笹井682番地の1 朝霞市根岸台7丁目42番18号 坂戸市につさい花みず木5丁目25番1 秩父郡皆野町金崎75-7 鶴ヶ島市大字三ツ木字宮内353番2 比企郡嵐山町大字菅谷72-5 桶川市大字上日出谷977番地1 比企郡小川町大塚1042番1 入間郡毛呂山町西大久保879番 比企郡吉見町久保田1489番3 東松山市上唐市1498番21 児玉郡美里町駒衣605-1 日高市高萩1126-1 比企郡ときがわ町五明342番1 鴻巣市松原2丁目2番28号 さいたま市岩槻区本丸3丁目19番33号 川越市南大塚三丁目14-7 比企郡ときがわ町別所80番1 春日部市大畑116番地1 久喜市西大輪207-5 深谷市萱場15-1
福祉用具貸与	0		
特定福祉用具販売	0		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
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	1	ケアプランあさひ	熊谷市中西四丁目20番45号

<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	1	ケアステーションあさひ熊谷	熊谷市中西四丁目20番45号
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	30	あんしんホーム草加 あんしんホーム浦和芝原 あんしんホーム上尾 あんしんホーム白岡 あんしんホーム小川 あんしんホーム川口 ふるさとホーム八潮 ふるさとホーム鶴ヶ島 ふるさとホーム寄居 ふるさとホーム狭山 ふるさとホーム朝霞 ふるさとホーム坂戸 ふるさとホーム長瀨 ふるさとホーム鶴ヶ島三ツ木 ふるさとホーム嵐山 ふるさとホーム桶川 ふるさとホーム小川大塚 ふるさとホーム毛呂山 ふるさとホーム吉見 あんしんホーム東松山 ふるさとホーム美里 ふるさとホーム日高 ふるさとホームときがわ ふるさとホーム鴻巣 ふるさとホーム岩槻 ふるさとホーム川越 ふるさとホームときがわ別所 ふるさとホーム武里 ふるさとホーム東鷲宮 ふるさとホーム深谷第参	草加市谷塚一丁目22番17号 さいたま市緑区芝原三丁目14-1 上尾市上尾下716-1 白岡市小久喜字神辺847番1 比企郡小川町大字木部中内出176番1 川口市江戸袋一丁目4番20号 八潮市大字南川崎132-2 鶴ヶ島市大字脚折時地ノ台1441-12 大里郡寄居町大字用土字東櫛挽3732-3 狭山市大字笹井682番地の1 朝霞市根岸台7丁目42番18号 坂戸市につさい花みず木5丁目25番1 秩父郡皆野町金崎75-7 鶴ヶ島市大字三ツ木字宮内353番2 比企郡嵐山町大字菅谷72-5 桶川市大字上日出谷977番地1 比企郡小川町大塚1042番1 入間郡毛呂山町西大久保879番 比企郡吉見町久保田1489番3 東松山市上唐市1498番21 児玉郡美里町駒衣605-1 日高市高萩1126-1 比企郡ときがわ町五明342番1 鴻巣市松原2丁目2番28号 さいたま市岩槻区本丸3丁目19番33号 川越市南大塚三丁目14-7 比企郡ときがわ町別所80番1 春日部市大畑116番地1 久喜市西大輪207-5 深谷市萱場15-1
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	0		
<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		

**別添 7**

**介護サービス等の一覧表**

- それぞれのご利用者の状況に応じて、当ホームにおいて計画作成担当者を中心に、ス計画を作成し提供いたします。この一覧表は一般的な目安です。それぞれのご利用
- 当施設では、特定施設入居者生活介護利用者 又は、介護予防特定施設入居者生活介護 又は、介護予防特定施設入居者生活介護費（以下：特定施設等介護
- 内容に変更がある場合には、事前に説明をさせていただきます。なお、変更後は、スを提供させていただきます。

要介護区分	要支援 1～
介護を行う場所	
	特定施設介護費、 月額利用料に含むサービス
<介護サービス>	
巡回	
昼間 9:00～18:00	2時間毎及び必要に応じ随時
夜間 18:00～翌9:00	2時間毎及び必要に応じ随時
食事介助	必要時
排泄	
排泄介助	必要に応じ随時
おむつ交換	必要に応じ随時
おむつ代	
入浴	
一般浴介助	週2回（希望で3回対応可）
特浴介助	週2回
清拭	未入浴時
身体介助	
体位交換	必要時
居室からの移動	必要時
衣類の着脱	必要時
身だしなみ介助	必要時
機能訓練	「サービス計画」による
通院の介助	
協力医療機関	必要時
協力医療機関以外	
緊急時対応	
ナースコール	24時間対応
<生活サービス>	
家事	
清掃	週3回以上及び必要時
洗濯	週2回以上及び必要時
リネン交換	週1回以上及び必要時

## 介護サービス等の一覧表

要介護区分	要支援 1～
介護を行う場所	
	特定施設介護費、 月額利用料に含むサービス
食事  一般食・介護食  嗜好に応じた特別な食事	
居室配膳・下膳	必要時
理美容	
代行 買い物 役所手続き	月2回程度 月2回程度
金銭・預貯金管理	
<健康管理サービス>	
健康診断	
健康相談	必要に応じて随時
生活指導	必要に応じて随時
<入院時のサービス>	
医療費	
移送サービス（ドノイパー）	
協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時（1回60分までは共益費に含む）
入退院時の同行 協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時（1回60分までは共益費に含む）
入院中のお見舞い訪問	必要に応じ実施
入院中の洗濯物交換・買い物	
協力医療機関 協力医療機関以外	必要時 必要時（1回60分までは共益費に含む）
<その他のサービス>	

※1：介護上必要な場合以外の4回以上の一般浴介助、3回以上の特浴介助

※2：食事時間を変更していただく必要があります。

※3：ご利用者及びご家族からの要望で、やむを得ず実施する場合は、「入

(1/2)

ご利用者の意思を確認し、ご家族と相談の上サービス利用者の状況に応じて、変更される場合があります。

介護利用者（以下：特定施設等利用者）は、特定施設（費）より、介護サービスが提供されます。

新たな「介護サービス等一覧表」に基づき、サービ

~2、要介護1~5
介護居室
その都度徴収するサービス
実費 ※「別添8おむつ価格表」参照
週4回以上 1,100円（税込）／回 ※1
週3回以上 1,650円（税込）／回 ※1
1回あたり5,500円（税込）
概ね片道30分以内で受診できる病院等で、職員

(2/2)

2、要介護1～5
介護居室
その都度徴収するサービス
1,782円（税込）/日 （朝食594円、昼食540円、夕食648円）日 単位での精算 昼食におやつ代を含む。 ご飯については大盛にすることも可能で す。その場合は別途54円(税込)
1,100円（税込）~/食 加算 ※2
実費
月3回以上は30分あたり550円（税込） 月3回以上は30分あたり550円（税込）
原則として実施しない。※3
実費
実費
60分以上は30分あたり550円（税込）
60分以上は30分あたり550円（税込）
60分以上は30分あたり550円（税込）

は、特定施設入居者生活介護費に含まれません。

居者預かり金等取扱規程」に準じて実施します。

## おむつ価格表

商品名		枚数単価
1	リハビリパンツ S	90円
2	リハビリパンツ M	95円
3	リハビリパンツ L	105円
4	リハビリパンツ LL	110円
5	おむつ S	95円
6	おむつ M	100円
7	おむつ L	115円
8	尿取りパッドスーパー	35円
9	パッド (パンツ用)	40円
10	尿取パッド長時間用	50円
11	パッド (スーパーワイド ワイドパッド $\alpha$ )	60円
12	パッド (夜用 ナイトロング)	70円
13	サルバ吸水シート	60円

※1パック単位の販売になります。(メーカーの都合により入数に変更になる場合がございます)

※価格には、廃棄費用が含まれております。

※おむつ等を持ち込まれる場合は、廃棄費用を別途徴収いたします。事務員まで申し出てください。

<参考廃棄費用>

テープ止めオムツ・リハビリパンツ 1枚あたり 25円、パッド類 1枚あたり 20円

※上記価格は当施設内での利用に限ります。