

サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

貸主(甲) 住所 東京都新宿区西新宿7丁目9番18号
氏名 株式会社 社会福祉総合研究所
代表取締役 秋元 孝則
代理人 住所 さいたま市見沼区大字大谷388-1
氏名 ロイヤルレジデンス見沼 岡部 敬太

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及びさいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	ふりがな ろいやるれじでんすみぬま ロイヤルレジデンス見沼			
所在地※	〒 337-0014 埼玉県さいたま市見沼区大谷388-1			
	電話番号	048-878-8683	FAX番号	048-878-8687
	メールアドレス	minuma@syasouken.com	HPアドレス	https://www.syasouken.com
	利用交通手段 <input type="checkbox"/> 1.電車 (JR 各線 大宮駅 から 国際興業バスで20分※向大谷バス停下車5分) <input type="checkbox"/> 2.その他 (京浜東北線北浦和駅から東武バスで20分※向大谷バス停下車5分)			
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～令和25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	<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			
	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 type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利			
	期間 平成26年4月1日～令和25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			

(※)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人	
商号、名称 又は氏名	ふりがな かぶしきがいしゃ しゃかいふくしそごうけんきゅうじょ 株式会社 社会福祉総合研究所	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) 〒 160-0023 東京都新宿区西新宿7丁目9番18号	
法人の役員	電話番号 03-3367-2910 FAX番号 03-6908-7841	
法定代理人 (未成年の個人である場合)	別添1のとおり	
	ふりがな	
	商号、名称、又は氏名	
	住所(法人にあつては主たる事務所の所在地)	〒
	電話番号	
法人の役員	別添1のとおり	

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	ふりがな かぶしがいしゃ しゃかいふくしそごうけんきゅうじよ 株式会社 社会福祉総合研究所
事務所の所在地	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿7丁目9番18号 電話番号 03-3367-2910

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	36 戸
居住部分の規模	(最小)	20.10 m ²
	(最大)	20.10 m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	鉄筋コンクリート 造
	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()	階数 3 階建
	建築物の延床面積	1634.62 m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1634.62 m ²)
竣工の年月	平成26年 3月 15日	
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している	
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている	
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている	

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期（居住の用に供する前である場合）

入居契約の別	<input type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" type="checkbox"/> その他	
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	利用権契約	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている	
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）	
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり（下記一部掲載）	
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護	
留意事項	入居時	入居者の資格 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・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等が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）
	施設利用時	費用の支弁能力のある方、保証人のある方
契約解除の内容	(1) 入居者が死亡したとき。 (2) 入居契約書第35条（甲の契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。 (3) 入居契約書第36条（乙の契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間を満了したとき。	

事業主体から解約を求 める場合	解約条項	(1)入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき。 (2)利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上遅滞したとき。 (3)利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、再三にわたり遅滞したとき。 (4)施設の承諾を得ないで第9条(契約当事者以外の第三者の同居)第1項に規定する行為を行ったとき。 (5)建物及びその付属設備又は敷地を、故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき。 (6)第10条(管理規程)、第12条(生活支援サービス提供における入居者の義務及び約束事項等)、第23条(利用上の注意)、第30条(原状回復の義務)第1項、又は第32条(転貸、譲渡等の禁止)又は第48条(暴力団の排除)の規定に違反したとき。 (7)乙の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、乙に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき。なお、この場合は一定の観察期間をおくとともに、医師の意見を聞き、対応することとする。 (8)乙が医療機関へ入院し、その入院期間が1ヶ月以上を経過し、なお且つ、退院の見込みが立たないとき。なお、この場合は乙および乙の身元引受人の意思を確認し同意を得ることとする。
	解約予告期間	30日間
入居者からの 解約予告期間	30日以上	
体験入居の内容	■ あり(内容:1日あたり11,000円(税込)ご利用期間は最長6泊7日です。 □ なし	
入居定員	36名	
その他		
事業開始時期	平成26年 4月 1日 から	

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態		提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添4のとおり
	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託		
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 提供しない	約 46,200 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	65,000	円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
	(最高) 約	65,000	円		
共益費の概算額	(最低) 約	77,000	円		
	(最高) 約	77,000	円		
敷金の概算額	(最低) 約	195,000	円	家賃の 3ヶ月分	
	(最高) 約	195,000	円		
水道光熱費の支払方法	水道光熱費は、全体の電気、ガス、水道代の実費を戸数で分担して算出します。月払い方式にて上記の共益費に含まれております。支払方法は口座振替になります。				
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円	
家賃等の前払金の算定の根拠	家賃				
	サービス提供の対価				
想定居住期間(償還年月数)					
償却の開始日					
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)					
初期償却率					
返還額の算定方法	入居後3月以内の契約終了				
	入居後3月を超えた契約終了				
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日 まで				
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)				
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証		<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託		
	<input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険		<input type="checkbox"/> その他()		
特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている				
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない				
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている				
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない				
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている				
	<input type="checkbox"/> 指定を受けていない				
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)				

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

利用料金の支払方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式	
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 選択方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式
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	
	<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	公租公課の増加、その他著しい経済事情の変動が生じた場合
	手続き	運営懇談会を開催し、意見を聞き調整する

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	ふりがな	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所在地)	〒	
電話番号		
修繕計画		
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の 実施予定		
その他計画的な 修繕予定		
登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数	入居者の数	人
	退去者の数	人

※登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数は、法第5条第2項の登録の更新の申請をする場合に限り記入すること。

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

医療支援 ※複数選択可		■ 救急車の手配	
		■ 入退院の付き添い	
		■ 通院介助	
		□ その他()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 三世会 さいたま北クリニック
		住所	埼玉県さいたま市北区宮原町2-103-30
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療・外来受診・健康診断 等
	2	名称	医療法人 誠光会 ひかりクリニック大宮
		住所	埼玉県さいたま市土呂町2-17-2 小泉ビル2階
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療・外来受診・健康診断 等
	3	名称	医療法人一成会 さいたま記念病院
		住所	埼玉県さいたま市見沼区東宮下字西196
		診療科目	内科 外科 整形外科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 皮膚科
		協力内容	入院受入 救急搬送受入
協力歯科医療機関		名称	医療法人美林会 志木小林歯科
		住所	埼玉県志木市本町3-5-26
		協力内容	訪問歯科・外来受診・口腔ケア
その他連携協力事業所		名称	
		住所	
		協力内容	

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	協力医療機関:訪問診療・24時間オンコール体制
-----------------------	-------------------------

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

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

基本方針及び埼玉県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

1.3. サービスの内容

(全体の方針)

事業の目的	サービス付き高齢者向け住宅の設置を通じ、要支援・要介護状態となっても継続して入居ができるようにし、高齢者の居住の安定に努めます。
運営に関する方針	地域に密着した施設として、地元市区や町内会、他の介護保険事業者、医療機関、その他関係機関と密接な連携を取り、地域ニーズにあったサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	サービスの提供時には、心身の状況を踏まえたサービス提供を行い、ご入居様のADLの維持・向上に努めます

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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	<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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	ADL維持加算	(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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	看取り介護加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(II)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	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	
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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
介護職員等ベースアップ等支援加算	(I)	<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 type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) :		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合	
	<input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(適した介護提供が出来ると判断した場合)	
判断基準の内容		
手続きの内容	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見を聞く	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く	
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室賃借権(利用権)の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容)	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	

14. 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職務内容	職員数(実人数) 26人			常勤換算 人数※1
		合計	常勤	非常勤	
管理者	勤怠・労務・収支計画	1	1		1
生活相談員	ご家族・入居者様連携	1	1		1
直接処遇職員	身体・入浴・食事介助	16	8	8	15
介護職員	身体・入浴・食事介助	14	6	8	13
看護職員	健康管理・医療業務	2	2		2
機能訓練指導員	機能作動補助	1	1		1
計画作成担当者	介護保険業務	1	1		1
栄養士	栄養管理	1	1		1
調理員	食事調理業務	4	2	2	3
事務員	J経理・事務業務	1	1		1
その他職員	掃除・洗濯・環境業務	1		1	0.5
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) 14 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	1	1			
実務研修の修了者	1			1	
初任者研修の修了者	11	4		7	
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	2			
理学療法士	1	1			
作業療法士					
言語聴覚士					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					
はり師					
きゅう師					

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。
(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18 時 00 分～ 9 時 00 分)		
職種	平均人数	最小時人数※
看護職員	人	人
介護職員	2 人	2 人

※最少時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、省略可能)	契約上の職員配置比率	<input type="checkbox"/> 1.5:1以上 <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
	【表示事項】 実際の配置比率(記入日時点での利用者数:常勤換算職員数)	3.0:1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設の介護サービス提供体制(該当しない場合、省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	管理者の氏名	岡部 敬太									
	職名	所長									
	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 ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数	1	1	2		1						
前年度1年間の退職者数	1	1	2								
業務に に従事 した 職員 経験 人数	1年未満	1		2	1		1				
	1年以上 3年未満	1		4	5	1		1			
	3年以上 5年未満				2				1		
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
	従業者の健康診断の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

15. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	7人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	24人
要介護度別	自立	人
	要支援1	2人
	要支援2	2人
	要介護1	7人
	要介護2	10人
	要介護3	6人
	要介護4	3人
	要介護5	5人

入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	27人
	5年以上10年未満	2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	87.7	歳
入居者数の合計	35	人
入居率※	97.2	%
※ 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	1	人	
	死亡者	3	人	
	その他	人		
生前解約の状況	施設側の申し出	4	人	(解約事由の例) ご逝去・退院出来ず
	入居者側の申し出	人		(解約事由の例)

16. 苦情・事故等に関する体制（利用者からの苦情に対応する窓口等の状況）

※5ヶ所以上の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

1	窓口の名称	ロイヤルレジデンス見沼
	電話番号	048-878-8683
	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 社会福祉総合研究所
	電話番号	03-3367-2910
	対応している時間	9:00～18:00
	定休日	土曜日・日曜日・祝日・12/29～1/3
3	窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会
	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・日曜日・祝日・12/29～1/3
4	窓口の名称	さいたま市福祉局長寿応援部介護保健課
	電話番号	048-829-1265
	対応している時間	8:30～17:15
	定休日	土曜日・日曜日・祝日・12/29～1/3
5	窓口の名称	さいたま市建設局建築部住宅政策課
	電話番号	048-829-1520
	対応している時間	8:30～17:15
	定休日	土曜日・日曜日・祝日・12/29～1/3
6	窓口の名称	
	電話番号	
	対応している時間	
	定休日	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社の保険に加入
	<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) 賠償保険の利用と入居者様、ご家族様へ誠心誠意対応す
	<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
事故発生時の対応方法	事故対応マニュアルに沿って適切に対応します。	
利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法	かかりつけ医へ連絡をし、指示を仰ぐ、あるいは救急車を手配します。また、身元引受人の方へ連絡をします。	

(緊急時における対応方法)

緊急時(事故及び急病・負傷)に対応できる具体的な計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 緊急時対応マニュアルに沿って適切に対応します。
	<input type="checkbox"/> なし	

(非常災害対策)

非常災害に対応できる具体的な計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 災害避難訓練・非常食確保
	<input type="checkbox"/> なし	
避難訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり	年 2回
	<input type="checkbox"/> なし	
業務(事業)継続計画の策定の有無	<input type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 回 訓練の実施 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 2回 訓練の実施 年 2回
<input type="checkbox"/> なし		
感染予防及びまん延防止のための対策の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 2回 訓練の実施 年 2回
	<input type="checkbox"/> なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input type="checkbox"/> あり	実施内容		
		結果の開示	<input 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"/> なし			
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	年2回	
		評価機関名称	運営懇談会	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> なし				

17. 入居希望者への事前の情報開示

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

18. その他 「高齢者の居住の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

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度)年 2 回 <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 代替措置なし
提携ホームへの移行※	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> なし		
虐待の防止のための措置	虐待防止委員会を設置し、虐待ゼロ方針の下で適正な運営がなされているかどうかを3ヶ月ごと虐待防止委員会にて検証をしています。		
ホームにおけるハラスメントの規定	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	担当窓口:ロイヤルレジデンス見沼 周知方法:施設内にハラスメント防止規程を設置し周知	
高齢者の居住の安定確保	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> なし		
さいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針に合致しない事項	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	(その内容)	
施設の利用に当たっての留意事項	報告・連絡・相談の徹底を共に行う事を留意する		
※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。			

添付書類:

別添1(役員名簿※法人の場合)

別添2(役員名簿※法定代理人の場合)

別添3(住宅の規模並びに構造及び設備等)

別添4(サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要)

別添5(運営方針)

別添6(事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

別添7(サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表)

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条及びさいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日
借主(乙) 住所
氏名

印

説明者署名 年 月 日
貸主(甲)
氏名

印

役 員 名 簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
あきもと たかのり 秋元 孝則	代表取締役
あさか けんいちろう 浅香 謙一郎	取締役
まきせ たかゆき 牧瀬 隆幸	取締役
やぶき じんご 矢吹 甚吾	取締役
やぶき きみのり 矢吹 公識	取締役
たけい まさる 武井 勝	監査役
やぶき みき 矢吹 美紀	取締役
きたはら ひさや 北原 久也	取締役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等

法第6条第1項第4号の役員に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	20.10㎡	×	○	○	×	×	○	36	201,202,203,204,205 206,207,208,209,210 211,212,213,214,215 216,217,218 301,302,303,304,305 306,307,308,309,310 311,312,313,314,315 316,317,318	65,000

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)	備考
浴室	2	8.24	2階、3階	36	職員見守り・介助利用可能
食堂	1	79.86	1階	36	自由に利用可能
ラウンジ	1	17.59	1階	36	自由に利用可能
トイレ2	1	3	1階	36	自由に利用可能
脱衣室	2	6.74	2階、3階	36	職員見守り・介助利用可能
トイレ	2	4.42	2階、3階	36	自由に利用可能
トイレ3	1	2.04	1階	36	自由に利用可能
談話コーナー	2	51.04	2階、3階	36	自由に利用可能
大浴場	1	25.2	1階	36	職員見守り・介助利用可能
機械浴室	1	25.2	1階	36	職員見守り・介助利用可能
脱衣室1	1	12	1階	36	職員見守り・介助利用可能
脱衣室2	1	9.75	1階	36	職員見守り・介助利用可能
脱衣室3	1	4.8	1階	36	職員見守り・介助利用可能
浴室	1	3.86	1階	36	職員見守り・介助利用可能
トイレ1	1	5.25	1階	36	自由に利用可能

注1)整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

注1)設備等は、適宜加筆修正すること。

(2) 消防用設備・その他設備

消火器	■ あり	□ なし
緊急通報装置	■ あり	□ なし
自動火災報知設備	■ あり	□ なし
火災通報設備	■ あり	□ なし
スプリンクラー	■ あり	□ なし
防火管理者	■ あり	□ なし
防災計画	■ あり	□ なし
エレベーター	■ あり	(■ 車椅子対応 ■ ストレッチャー対応)
	□ なし	

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する				
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)						
	住 所 (法人にあつては 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 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" 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	2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	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	12人		
常駐する場所		<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)						
常駐する日		<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()						
常駐する時間	日中	9 時	00分	～	18 時	00分	人員	6人
	上記以外の時間	18 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		食事の声掛け誘導及び日中の定期的な巡視 <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	各戸内常設ケアコールの使用						
	通報先	ロイヤルレジデンス見沼事務室		通報先から住宅までの到着予定時間		1分		
緊急時における対応の内容	各居室に設置されている緊急呼び出しボタンのコールが押された場合は職員が駆けつけ対応します。(24時間対応)							
生活相談サービスの内容	生活を送る中でお困りのこと、不安等について職員または担当介護支援専門員がご相談をお受けいたします。							
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応		<input type="checkbox"/> その他()				
	提供時間	9 時		0 分	～	18 時 0 分		
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	スタッフが24時間365日常駐し、見守り・安否確認・緊急通報等の対応・サービスをご提供いたします。「(介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約締結した方は、介護保険の適用にてご利用いただけます。自立の方等、上記契約を締結されない方は、月額11,000円(税込)のご負担となります。							

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 <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) ひとわふーどさーびす かぶしがいいしゃ HITOWAフードサービス 株式会社		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 108-6215) 東京都港区港南二丁目15番3号品川インターシティC棟 電話番号 03-6738-6114		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)			
食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()		
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()		
	入居者の健康状態に合わせた食事対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 46,200 円	内訳	朝食 380 円 昼食 560 円 夕食 600 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法	
備考	食費は月単位の請求となります(税込)。食費:月額46,200円(30日の場合)[朝食380円、昼食560円、夕食600円]]食事時間:朝食7時30分～8時30分、昼食12時00分～13時00分、夕食17時30分～18時30分まで各階の食堂でご提供致します。キャンセル・変更等は提供される前日の17時までにお知らせ下さい。 自社による:配膳。委託会社による:調理。※調理:自社の調理室にて行っています。			

※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 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 円		
備考	入浴(機械浴用浴槽を利用した特浴含む)、排せつ、食事等の介護サービスを時間および回数単位により提供いたします。「(介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約を締結した方は、介護保険の適用にてご利用いただけます。自立の方等、上記契約を締結されない方は、入浴介護2,750円(税込)/30分、機械浴4,400円(税込)/回、排せつ介護990円(税込)/20分、食事介護1,100円(税込)/30分のご負担となります。			

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事業 所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考	洗濯を週3回、住戸内の清掃(トイレ清掃含む30分/回)およびシーツ等リネン交換を週1回行います。(エアコン等電子機器清掃については、別途のご負担となります。)[「介護予防」特定施設入居者生活介護]の利用契約を締結した方は、介護保険の適用にてご利用いただけます。自立の方等、上記契約を締結されない方は、清掃2,750円(税込)/回、洗濯990円(税込)/回、シーツ等リネン交換550円(税込)/回のご負担となります。				

5. 健康の維持増進サービスの内容（該当する場合のみ）

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては 本業務に係る事業 所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対 価(概算額)		月額	約	円	前払金の 算定方法
		前払金	約	円	
備考		日常的な健康に関するご相談、体温・血圧測定、緊急時の対応・処置などを行います。体調不良・緊急時などの場合、提携医療機関との連携により対応します。「(介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約を締結した方は、介護保険の適用にてご利用いただけます。自立の方等、上記契約を締結されない方は、月額22,000円(税込)のご負担となります。			

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	レクリエーション、日常動作訓練		
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		買い物・散歩・通院・入退院時の職員付き添い等の支援サービスを時間及び回数単位によりご提供いたします。週1回の買い物代行(通常利用区域)は特定施設入居者生活介護で実施するサービスに含み、通常回数以上又は自立の方の買い物代行は、通常利用区域2,200円(税込)/回、通常利用区域外2,200円/時間、協力医療機関以外の通院・入退院の付添は、3,300円(税込)/時間のご負担となります。			

運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書面を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

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	事業所の名称	事業所の所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	2	ロイヤルレジデンス川島	比企郡川島町大字伊草97
訪問入浴介護	0		
訪問看護	7	ロイヤルレジデンス川島 ロイヤル上尾訪問看護ステーション ロイヤルレジデンス新座 ロイヤル加須訪問看護ステーション ロイヤル入間訪問看護ステーション ロイヤル三橋訪問看護ステーション	比企郡川島町大字伊草97-5 上尾市五番町2-1 新座市野火止7-4-55 加須市中央1-7-55 入間市狭山台2-2-17 さいたま市西区三橋6丁目1372-2 さいたま市浦和区上木崎3-3-11 所沢市下安松942-1
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	1	ショートステイ ロイヤル	さいたま市見沼区大字大谷390-1
短期入所療養介護	0		
特定施設入居者生活介護	10	ロイヤルレジデンス大宮 ロイヤルレジデンス見沼 ロイヤルレジデンス上尾 ロイヤルレジデンス上平公園 ロイヤルレジデンス新座 ロイヤルレジデンス東所沢 ロイヤルレジデンス入間 ロイヤルレジデンス川島弐号館 ロイヤルレジデンス加須 ロイヤルレジデンス浦和 ロイヤルレジデンス三橋	さいたま市見沼区蓮沼75-2 さいたま市見沼区大谷388-1 上尾市五番町2-1 上尾市大字上尾村1399-1 新座市野火止7-4-55 所沢市下安松942-1 入間市狭山台2-2-17 比企郡川島町伊草37-1 加須市中央1-7-57 さいたま市浦和区上木崎3-3-11 さいたま市西区三橋6-1372-2
福祉用具貸与	1	ロイヤル・ヘルスケア	所沢市旭町7-9
特定福祉用具販売	1	ロイヤル・ヘルスケア	所沢市旭町7-9
<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	1	ロイヤルレジデンス川島	比企郡川島町大字伊草97-5
<介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	0		
介護予防訪問看護	7	ロイヤルレジデンス川島 ロイヤル上尾訪問看護ステーション ロイヤルレジデンス新座 ロイヤル加須訪問看護ステーション ロイヤル入間訪問看護ステーション ロイヤル三橋訪問看護ステーション ロイヤル浦和訪問看護ステーション ロイヤル所沢訪問看護ステーション	埼玉県比企郡川島町大字伊草97-5 埼玉県上尾市五番町2-1 埼玉県新座市野火止7-4-55 埼玉県加須市中央1-7-57 埼玉県入間市狭山台2-2-17 埼玉県さいたま市西区三橋6-1372-2 埼玉県さいたま市浦和区上木崎3-3-11 所沢市下安松942-1
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	1	ショートステイ ロイヤル	さいたま市見沼区大字大谷390-1
介護予防特定施設入居者生活介護	10	ロイヤルレジデンス大宮 ロイヤルレジデンス見沼 ロイヤルレジデンス上尾 ロイヤルレジデンス上平公園 ロイヤルレジデンス新座 ロイヤルレジデンス東所沢 ロイヤルレジデンス入間 ロイヤルレジデンス川島弐号館 ロイヤルレジデンス加須 ロイヤルレジデンス浦和 ロイヤルレジデンス三橋	さいたま市見沼区蓮沼75-2 さいたま市見沼区大谷388-1 上尾市五番町2-1 上尾市大字上尾村1399-1 新座市野火止7-4-55 所沢市下安松942-1 入間市狭山台2-2-17 比企郡川島町伊草37-1 加須市中央1-7-57 さいたま市浦和区上木崎3-3-11 さいたま市西区三橋6-1372-2
介護予防福祉用具貸与	1	ロイヤル・ヘルスケア	所沢市旭町7-9
特定介護予防福祉用具販売	1	ロイヤル・ヘルスケア	所沢市旭町7-9
<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		
介護医療院	0		

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無							■ あり	□ なし	
サービス内容	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス(利用者一部負担※1)		個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担)			包含※2	都度※2	料金(税込)※3	備考
	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし	■ あり				
<介護サービス>									
食事介護	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	1,100円/30分	特定施設入居者生活介護で実施するサービスに含み、自立の方等は、食事介護1,100円/30分毎のご負担	
排泄介助・おむつ交換	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	990円/20分	特定施設入居者生活介護で実施するサービスに含み、自立の方等は、排せつ介護990円/20分毎のご負担	
おむつ代			■ あり	□ なし		○	実費		
入浴(一般浴)介助・清拭	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	2,750円/30分	自立の方等は、入浴介護2,750円/30分、機械浴4,400円/回	
特浴介助	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	4,400円/回		
身辺介助(移動・着替え等)	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし					
機能訓練	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし					
通院介助(協力医療機関)	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	3,300円/回	特定施設入居者生活介護で実施するサービスに含み、自立の方等は、3,300円/1回のご負担	
通院介助(協力医療機関以外)	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	3,300円/時間	協力医療機関以外の通院の付添は、3,300円/時間のご負担	
<生活サービス>									
							11,000円	自立等の方は状況把握生活相談サービス費として月額11,000円のご負担。	
居室清掃	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし			2,750円/回	週1回は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の居室清掃を希望する場合は1回あたり2,750円のサービス利用料となります	
リネン交換	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	550円/回	週1回のリネン交換は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上のリネン交換を希望する場合は1回あたり550円のサービス利用料となります	
日常の洗濯	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	990円/回	週3回の日常の洗濯は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含み、自立の方等及びそれ以上の洗濯を希望する場合は1回あたり990円のサービス利用料となります	
居室配膳・下膳	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし		○		食堂内配膳を原則とします。但し体調不良等によりやむを得ない場合は居室へ配膳します	
嗜好に応じた特別な食事			□ あり	■ なし		○			
おやつ			■ あり	□ なし		○	実費		
理美容サービス			■ あり	□ なし		○	実費		
買い物代行	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	実費	週1回の買い物代行(通常の利用区域)は特定施設入居者生活介護費で実施するサービスに含みます。通常回数以上又は自立の方の買い物代行は、通常利用区域2,200円/回、通常利用区域外2,200円/時間のサービス利用料となります。	
役所手続き代行	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	実費		
金銭・貯金管理			□ あり	■ なし					
その他職員1名を持って提供するサービス	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	2,200円/時間		
その他職員2名を持って提供するサービス	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし		○	4,400円/時間		
<健康管理サービス>									
定期健康診断	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし			22,000円	自立の方	
健康相談	■ あり	□ なし	□ あり	■ なし			実費	年2回の機会を設けます。	
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		○	3,300円/時間		
入退院時の同行(協力医療機関)	■ あり	□ なし	■ あり	□ なし		○	3,300円/回	特定施設入居者生活介護で実施するサービスに含み、自立の方等は、3,300円/1回のご負担	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	□ あり	■ なし	■ あり	□ なし			3,300円/時間	1時間3,300円	
入院中の洗濯物交換・買い物	□ あり	■ なし	□ あり	■ なし		○	3,300円/回		
入院中の見舞い訪問	□ あり	■ なし	□ あり	■ なし		○	無料		

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。