

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) みあへるさ おあしすよしかわ ミアヘルサ オアシス吉川 | |
| 所在地※1 | (郵便番号 342-0038) 埼玉県吉川市美南1丁目1番地3 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-973-7753 |
| | FAX番号 | 048-973-7754 |
| | メールアドレス | oasis_vskw@merhalsa.jp |
| | ホームページアドレス | https://www.merhalsa.jp/oasis/facility/yoshikawa/ |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR武蔵野線 線 吉川 駅から 徒歩 で 6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 2015年 2月 1日から 2040年 1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 | |
| | <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 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 2015年 2月 1日から 2040年 1月 31日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |

(※1) 住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。

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

(※2) 施設とは、「9 サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設」を指す。

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

2 サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

| | | |
|----------------------------|--|-----------------|
| 法人・個人の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) みあへるさかぶしきがいしゃ ミアヘルサ株式会社 | |
| 住所 (法人にあっては またる事務所) | (郵便番号 162-0054) 東京都新宿区河田町3番10号 電話番号 03-3341-2421 | |
| 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 またる事務所の所在 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) みあへるさかぶしきがいしゃ ミアヘルサ株式会社 | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 162-0054) 東京都新宿区河田町3番10号 電話番号 03-3341-2421 | |

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) | 18.58 | m ² | 詳細については、別添3のとおり | |
| | (最大) | 18.85 | 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 | 地上3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 | | 1558.14 | m ² | (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 | 1558.14 m ²) |
| 竣工の年月 | 2015年2月1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 | 2015年3月1日から | | |

6 利用料金

| サービスの種類 | 提供形態 | 提供の対価(概算・月額) | | |
|---------------------|---|---|--------------------------|-----------------|
| 高齢者生活支援サービス | 状況把握・生活相談 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 | 約 円 | 詳細については、別添4のとおり |
| | 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 48,600 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 83,000 円 | 住戸ごとの内容は別添3のとおり | |
| | (最高) | 約 83,000 円 | | |
| 共益費の概算額 | (最低) | 約 20,000 円 | | |
| | (最高) | 約 20,000 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) | 約 0 円 | 家賃の 0 月分 | |
| | (最高) | 約 0 円 | | |
| 前払金※の有無 | <input 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 <input type="checkbox"/> 指定を受けていない | | 介護保険事業所番号 (1176400677) | |
| 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 | | 介護保険事業所番号 () | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている <input type="checkbox"/> 指定を受けていない | | 介護保険事業所番号 (1176400677) | |
| 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 | | 介護保険事業所番号 (1176400677) | |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 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 checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額（食事サービス） | |
| | <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 | 賃貸借契約書第6条及び生活支援サービス契約書第6条参照 |
| | 手続き | 入居者・利用者に説明と協議の上、利用料金を改定 |

| | | |
|------------------------------|-------------------|-----|
| 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 | | 96 |
| 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。

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 |
| | | | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |

9 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

| | |
|------------|-------------|
| 連携又は協力の相手方 | |
| 事業所の名称 | (ふりがな) |
| 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沿って適切に運営を行います。

11 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | ミアヘルサ オアシス吉川では医療・介護・予防・生活支援を繋ぎお一人おひとりのご入居者様の健康をお守りし、生活の支援をさせていただきます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 365日24時間、ミアヘルサのスタッフが常駐して医療・介護連携のサービス提供をいたします。 |

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

| | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無 | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | 夜間看護体制加算 | <input 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 | |
| | 看取り介護加算 | <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)イ | <input type="checkbox"/> あり |
| | | (I)ロ | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (III) | <input 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) 3 : 1 | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|--|----------------------|--|
| 医療支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 吉川中央総合病院 |
| | | 住所 | 埼玉県吉川市大字平沼11番地 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・脳神経外科・整形外科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科・泌尿器科・化学療法・回復期リハビリテーション・小児科 |
| | | 協力内容 | 救急搬送受け入れ、時間外診療 |
| | 2 | 名称 | 医療法人 相羽医院 |
| | | 住所 | 埼玉県吉川市栄町888番地1号 |
| | 診療科目 | 内科・その他 | |
| | 協力内容 | 在宅支援診療 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 春日部デンタルクリニック | |
| | 住所 | 埼玉県春日部市粕壁1-9-5成田ビル4階 | |
| | 協力内容 | 訪問歯科診療 | |

(入居後に居室を住み替える場合)

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

(入居に関する要件)

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| 入居対象となる者【表示事項】 | 自立している者 | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 留意事項 | 禁止または制限される事項の遵守 | | |
| 事業主体から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 定期建物賃貸借契約第15条、17条 | |
| | 解約予告期間 | 定期建物賃貸借契約第15条、17条による | |
| 入居者から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 定期建物賃貸借契約第16条 | |
| | 解約予告期間 | 定期建物賃貸借契約第16条による | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊食事付6,000円(税込)) | | |
| | <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) 21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 |
| 生活相談員 | 1 | | 2 | | | 1.4 |
| 直接処遇職員 | 15 | 10 | 2 | 5 | | 15 |
| 介護職員 | 13 | 13 | | | | 13 |
| 看護職員 | 3 | 1 | | 1 | 1 | 2 |
| 機能訓練指導員 | 1 | | | | 1 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 2 | | | 2 | | 1.75 |
| 栄養士 | | | | | | |
| 調理員 | | | | | | |
| 事務員 | 1 | | | 1 | | 0.45 |
| その他職員 | 1 | | | 1 | | 0.3 |
| 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) 16人 | | | |
|---|--------------|----|-----|-----|
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | 8 | 7 | 1 | |
| 実務研修の修了者 | | | | |
| 初任者研修の修了者 | 6 | 3 | | 3 |
| 介護支援専門員 | 2 | | | 2 |
| (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 | 3 | | 1 | | 2 |
| 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。

(夜勤を行う職員の数)

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

※最小时人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、省略可能) | 契約上の職員配置比率 | <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) | 36:13 |
| 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 | 熊倉 翼 | | | | | | | | |
| | 職名 | ホーム長 | | | | | | | | |
| | 他の職務との兼務 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 資格等の名称 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 | | | 4 | 2 | 1 | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 3 | 2 | | 1 | | | | |
| 経験年数 | 1年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 4 | 2 | 1 | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | 1 | | 6 | | | 2 | | | 2 |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| | 従業者の健康診断の実施 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |

1.3 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------|------------|-----|
| 性別 | 男性 | 8人 |
| | 女性 | 28人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 9人 |
| | 85歳以上 | 26人 |
| | | |
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 2人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 9人 |
| | 要介護2 | 10人 |
| | 要介護3 | 5人 |
| | 要介護4 | 7人 |
| | 要介護5 | 3人 |

| | | |
|------|------------|-----|
| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 3人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 5人 |
| | 1年以上5年未満 | 28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 | 87.4 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 36 | 人 |
| 入居率※ | 90 | % |

※ 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 | 0 | 人 | |
| | 医療機関 | 5 | 人 | |
| | 死亡者 | 7 | 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 | 6 | 人 | (解約事由の例) 本人、家族希望で自宅へ |

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 | 本社相談窓口 ミアヘルサ株式会社 本社 |
| | 電話番号 | 03-3341-7141 |
| | 対応している時間 | 9時~18時 |
| | 定休日 | 土日祝日及び年末年始 |
| 2 | 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時30分~17時15分 |
| | 定休日 | 土日祝日及び年末年始 |
| 3 | 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時30分~17時15分 |
| | 定休日 | 土日祝日及び年末年始 |
| 4 | 窓口の名称 | 吉川市消費生活センター |
| | 電話番号 | 048-982-9697 |
| | 対応している時間 | 10時~15時 |
| | 定休日 | 水土日祝日及び年末年始 |
| 5 | 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター春日部 |
| | 電話番号 | 049-734-0999 |
| | 対応している時間 | 9時~16時 |
| | 定休日 | 土日祝日及び年末年始 |

(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) 三井住友海上火災保険 「福祉事業者総合賠償責任保険」 |
| | <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) 事故防止マニュアルに基づき入居者の対応を行うとともに入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 |
| | <input type="checkbox"/> なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|--|--|--------|---|
| 利用者アンケート調査、意見箱等 利用者の意見等を把握する取組の 状況 | <input 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 type="checkbox"/> あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |

1 5 入居希望者への事前の情報開示

| | | | |
|----------|--|--|---|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input 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 type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input checked="" 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 |

1 6 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、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 ミアヘルサ株式会社

〒162-0054

所在地 東京都新宿区河田町3番10号

代表者名 代表取締役社長 青木 勇 印

説明者氏名 印

私は上記事業者から、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 |
|---------------------|---------|
| あおき いさむ 青木 勇 | 代表取締役社長 |
| あおき ふみえ 青木 文恵 | 取締役 |
| あおき しげる 青木 茂 | 取締役 |
| さいとう しょういち 齊藤 彰一 | 取締役 |
| せきね ひであき 関根 秀明 | 取締役 |
| たかはし まさひこ 高橋 雅彦 | 取締役 |
| うめづ こうぞう 梅津 興三 | 取締役(社外) |
| みながわ たかし 皆川 尚史 | 取締役(社外) |
| あだち まさひろ 足立 正弘 | 監査役 |
| とうやま のりお 遠山 典夫 | 社外監査役 |
| はら まさお 原 正雄 | 社外監査役 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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。

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

| 住棟番号 | 専用部分の床面積 (㎡) | 構造及び設備※ | | | | | | 住戸数 (戸) | 住戸番号 (該当するものを全て記載) | 月額家賃 (概算額) (円) |
|------|-----------------|---------|----|----|----|----|----|------------|--|----------------------|
| | | 完備 | 便所 | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | | | |
| 1 | 18.85 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 26 | 住戸1～7、住戸10、住戸15～21、住戸24～25、住戸30～36、住戸39～40 | 83,000 |
| 1 | 18.75 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 6 | 住戸11～13、住戸26～28 | 83,000 |
| 1 | 18.73 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 6 | 住戸8～9、住戸22～23、住戸37～38 | 83,000 |
| 1 | 18.58 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 2 | 住戸14、住戸29 | 83,000 |

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

(1) 共同利用設備

| 設備等 | 整備箇所数 | 合計床面積 (㎡) | 整備箇所 | 想定 利用戸数 (戸) | 利用方法 |
|-----|-------|--------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| 浴室 | 4 | 21.02 | 1階2 2階1 3階1 | 40 | 機械浴あり、介護保険適用、週2回以上 |
| 台所 | 2 | 14.74 | 2階1 3階1 | 40 | 共用キッチン |
| 食堂 | 3 | 171.02 | 1階1 2階1 3階1 | 40 | 入居者の朝昼夕食事スペース |
| 洗濯室 | 1 | 8.41 | 1階1 | 40 | 入居者の洗濯物を洗濯 |
| トイレ | 4 | 17.92 | 1階2 2階1 3階1 | 40 | 共用トイレ |
| 喫煙室 | 1 | 4.27 | 3階1 | 40 | 入居者用喫煙所 |
| 脱衣室 | 3 | 20.55 | 1階1 2階1 3階1 | 40 | 入居者用脱衣室 |

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 | |

別添4

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|-------------------------------|---|------------------|-----|----|----|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する | | | | | | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | | | | | |
| サービスを提供する法人等の別 | <input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等 | | | | | | | |
| サービスを提供する者の人数 | <input type="checkbox"/> 医師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | 人員 | 人 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 3人 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 | 2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 checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 | 6人 | | |
| | | | 合計 | | 人員 | 18人 | | |
| 常駐する場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地) | | | | | | | |
| 常駐する日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く() | | | | | | | |
| 常駐する時間 | 日中 | 9時 | 00分 | ～ | 17時 | 00分 | 人員 | 1人 |
| | 上記以外の時間 | 17時 | 00分 | ～ | 9時 | 00分 | 人員 | 1人 |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 朝食、夕食時居室又は食堂で安否確認を実施 <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ) | | | | | | | |
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | 常駐する日 | 0時0分～24時00分 | | | | | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | | | | |
| | 通報方法 | 緊急通報装置 | | | | | | |
| | 通報先 | 事務所又はスタッフ所持の通信端末 | | | 通報先から住宅までの到着予定時間 | 3分 | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 | 円 | 前払金の | | | | |
| | 前払金 | 約 | 0円 | 算定方法 | | | | |
| 備考 | 介護保険適用を受ける場合は要介護度に応じて負担。受けていない場合は月額23,100円。 | | | | | | | |

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|--------------------|--|--|--------------|--|-------------------|
| 提供形態 | | <input 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 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 106-0032) 東京都港区六本木1-4-5 アークヒルズ サウスタワー 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) | (郵便番号 106-0032) 東京都港区六本木1-4-5 アークヒルズ サウスタワー 電話番号 03-6738-6114 | | | |
| 食事提供を行う場所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 3食 <input checked="" 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 48,600 円 | 内訳 | 朝食 324 円 | 昼食 648 円 夕食 648 円 |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| 備考 | 上記金額は1か月30日、1日3回喫食した場合の料金です。 1か月の食数に応じて月額の料金は変わります。 | | | | |

※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 | 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 0 円 | | |
| 備考 | 介護保険適用外の入浴介助、排せつ介助、食事介助は550円/15分にて「選択サービス」として提供いたします。 | | | | |

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | | | |
|----------------|--|--|-----|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 内容 | <input 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 | 別途有料で「選択サービス」を提供いたします。 調理 550円/15分 掃除 550円/15分 洗濯代行440円/ネット 日常的な洗濯物に限ります。(ネットはミアヘルサ オアシスが用意したものを使用いただきます。) | | | | |

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 type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input 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 0 円 | |
| 備考 | 健康相談の料金は、状況把握及び生活相談サービスを含む。 通院等の付き添い 550円/15分(交通費等の実費を伴う料金は別に徴収します) | | |

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

| | | | |
|----------------|--|---|----------|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | |
| | 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 |
| | 住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 内容 | ゴミ出し等 | |
| 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 | その他のサービス項目の内容ならびに料金は、生活支援サービス重要事項説明書を参照願います。 | | |

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 |
| 介護サービス | | | 料金(税込) |
| 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 | □ あり □ なし | ご自分でご用意いただきます。 |
| 入浴(一般浴)介護・清拭 | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | |
| 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 | |
| 通院介助 | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | |
| 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 | 440円/1ネット |
| 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 | □ あり □ なし | |
| おやつ | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | |
| 理美容サービス | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | 実費 |
| 買物代行 | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | |
| 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 | □ 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 | 年1回 |
| 健康相談 | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | |
| 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 | |
| 入退院時の同行 | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | |
| 入院中の見舞い訪問 | ■ あり □ なし | □ あり □ なし | |
| 備考 | | | 協力医療機関(吉川中央総合病院) |

※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。

別添6

事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 主な事業所の所在地 |
|------------------------------|-----|------------------|--------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 2 | ミアヘルサ ホームヘルプ和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| 訪問入浴介護 | 0 | | |
| 訪問看護 | 1 | ミアヘルサ 訪問看護 和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| 訪問リハビリテーション | 0 | | |
| 居宅療養管理指導 | 1 | 日生薬局和光店 | 和光市新倉2-5-49 |
| 通所介護 | 3 | ミアヘルサ デイサービス和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| 通所リハビリテーション | 0 | | |
| 短期入所生活介護 | 0 | | |
| 短期入所療養介護 | 0 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | 1 | ミアヘルサ オアシス吉川 | 吉川市美南1-1-3 |
| 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 | 3 | ミアヘルサ 定期巡回サービス和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| 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 | 1 | 新倉高齢者福祉センター | 和光市新倉1-20-39 |
| 認知症対応型共同生活介護 | 1 | ミアヘルサ きずなホーム朝霞 | 朝霞市溝沼7-8-30 |
| 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 | 3 | ミアヘルサ ケアプラン和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| <介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | 2 | ミアヘルサ ホームヘルプ和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| 介護予防訪問入浴介護 | 0 | | |
| 介護予防訪問看護 | 1 | ミアヘルサ 訪問看護 和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| 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 | 1 | 日生薬局和光店 | 和光市新倉2-5-49 |
| 介護予防通所介護 | 3 | ミアヘルサ デイサービス和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| 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 | 1 | ミアヘルサ オアシス吉川 | 吉川市美南1-1-3 |
| 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 | 新倉高齢者福祉センター | 和光市新倉1-20-9 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 1 | ミアヘルサ きずなホーム朝霞 | 朝霞市溝沼7-8-30 |
| 介護予防支援 | 3 | ミアヘルサ ケアプラン和光 | 和光市新倉2-5-49 |
| <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 | | |

