

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 1 サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地等

宅の名称住宅の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくはなみずきしらおか サービス付き高齢者向け住宅花みずき白岡サービス付き高齢者向け住宅花みずき白岡		
所在地※1所在地※	(郵便番号349-0218(郵便)) 埼玉県白岡市白岡1007-2埼玉県白岡市白岡1007-2		
連絡先連絡先	電話番号電話番号	0480-31-8195	
	FAX番号FAX番号	0480-31-8196	
	メールアドレス	sakoju@hasuda-hp.or.jp	
	ホームページアドレス		
交通手段利用交通	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (1. 電車 (宇都宮JR宇者線線 白岡白岡 駅から駅から 徒歩徒歩 で 12分) 分 <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 (2. 白岡駅より朝日バス [白01] 菖蒲仲橋行きに乗車し、興善寺にて下車白岡駅)		
住宅に関する権原住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権1. 所 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権2. 賃 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利3. 使用貸借による権利 期間期間 2015年 年 10月 月 1日から日か 2040年 年 9月 月 30日日まで日 契約の自動更新契約の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
施設に関する権原※2施設に関する権原※2	<input type="checkbox"/> 1. 所有権1. 所 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権2. 賃 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利3. 使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2015年 10月 1日から 2040年 9月 30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) いりょうほうじんけんせいかい		
	医療法人顕正会		
住所 (法人にあっては主たる事務所)	(郵便番号 349-0131) 埼玉県蓮田市大字根金1662-1 電話番号 048-766-8111		
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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくはなみずきしらおか サービス付き高齢者向け住宅花みずき白岡		
事務所の所在地	(郵便番号 349-0218) 埼玉県白岡市白岡1007-2 電話番号 0480-31-8195		

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	30	戸
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²
	(最大)	18.00	m ²
詳細については、別添3のとおり			
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	
	階数	地上2階建	
<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ()			
建築物の延床面積		1,103.00	m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1,103.00 m ²)
竣工の年月	2015年7月31日		
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している		
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている		
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている		

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

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約 <input type="checkbox"/> その他 ()
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)
入居契約の内容	別添入居契約書及び生活支援オプションサービス契約書のとおり
事業開始時期	2015年10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)	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	約 20000 円	
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 41700 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 55,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
	(最高) 約 55,000 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 110,000 円	家賃の 2月分	
	(最高) 約 110,000 円		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円 (最高) 約 円		
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 () <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 () <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 () <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		

利用料金の支払方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式	
	<input 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 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	消費者物価指数等を勘案し、料金が不相応となった場合。
	手続き	運営懇談会等で意見を聞き、料金を改定する。

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。

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 type="checkbox"/> 自ら管理	<input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容 (契約事項)	修繕業務、設備点検業務、清掃業務（ワックス掛け・窓掃除など）	
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しんにほんびるさーびすかぶしきかいしゃ	
	新日本ビルサービス株式会社	
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号 337-0051)	
	埼玉県さいたま市見沼区東大宮4-12-7	電話番号 048-667-3900
修繕計画		
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の実施予定	頃実施予定	
その他計画的な修繕予定		

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

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

9 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ほうもんかいごすてーしょんはなみずきしらおか 訪問介護ステーション花みずき白岡
事業所の所在地	(郵便番号 349-0205) 埼玉県白岡市西8-7-2 グレースコーポA棟101 電話番号 0480-53-8573
連携又は協力の内容	訪問介護サービスの提供

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

基本方針及び県の高齢者安定確保計画に沿って適切に運営いたします。

1.1 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域に開かれた施設運営を行います。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるよう支援します。

(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 type="checkbox"/>	なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(II)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
(I)ロ		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
(II)		<input 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 type="checkbox"/>	なし	:			
	<input 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 (受診同行はオプションサービスとなる)		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (送迎、予約等)		
協力医療機関	1	名称	医療法人 顕正会 蓮田病院
		住所	埼玉県蓮田市大字根金1662-1
		診療科目	外科・内科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科 他
		協力内容	緊急時の入院受入
	2	名称	
		住所	
	診療科目		
	協力内容		
協力歯科医療機関	名称	医療法人 顕正会 蓮田病院	
	住所	埼玉県蓮田市大字根金1662-1	
	協力内容	緊急時の入院受入	

(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 checked="" type="checkbox"/> その他 (希望居室に移る場合)	
判断基準の内容	本人及び身元引受人の希望	
手続きの内容	<input type="checkbox"/> 医師の意見を聞く	
	<input type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く	
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室賃借権 (利用権) の取扱い	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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

(入居及びサービスに関する要件)

入居対象となる者【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
留意事項	65歳以上または要支援・要介護者		
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11条及び生活支援オプションサービス契約書第8条による	
	解約予告期間	相当の期間。 30日の予告期間をおく	
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書第12条による生活支援オプションサービス契約書第9条による	
	解約予告期間	30日前に解約の申し入れ	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊3,000円 食事代・消費税別途) <input type="checkbox"/> なし		
入居定員	36名		
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(職種別の職員

職種	職員数(実人数) 職 14人						常勤換算 人数※1 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					
生活相談員	7				7		
直接処遇職員	7				7		
介護職員	6				6		
看護職員	1				1		
機能訓練指導員							
計画作成担当者							
栄養士							
調理員	5	1		3	1		
事務員	1				1		
その他職員	1			1			

1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1 1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※時間時間

※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数)

職種	職員数(実人数) 6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					
実務研修の修了者	4				4
初任者研修の修了者	2				2
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) 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					
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 (17時 00分～ 9時 30分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	1 人	1 人
看護職員	人	人

※最小時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、省略可能)	契約上の職員配置比率	<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 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)	: 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	浦川 真弓									
	職名	施設長									
	他の職務との兼務	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし									
	業務に係る資格等	<input type="checkbox"/> あり									
		資格等の名称									
		<input checked="" 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		4							
前年度1年間の退職者数		3		3							
経験年数	1年未満										
	1年以上 3年未満		1		1						
	3年以上 5年未満		2		2						
	5年以上 10年未満		1		1						
	10年以上		2		2		1				
	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	11人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	3人
	要介護1	7人
	要介護2	9人
	要介護3	4人
	要介護4	3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	6人
	1年以上5年未満	18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	85.2	歳
入居者数の合計	29	人
入居率※	86.7	%

※ 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	5人	
	医療機関	1人	
	死亡者	4人	
	その他	人	
生前解約の状況	施設側の申し出	人	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人	(解約事由の例)

1.4 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

1	窓口の名称	窓口の名	施設長	施設長
	電話番号	電話番号	0480-31-8195	
	対応している時間	対応時間	午前9時00分～午後6時00分	午前9時00分～午後6時00分
	定休日	定休日	なし	
2	窓口の名称	窓口の名	埼玉県福祉部高齢者福祉課	埼玉県福祉部
	電話番号	電話番号	048-830-3254	
	対応している時間	対応時間	午前8時30分～午後5時15分	午前8時30分～午後5時15分
	定休日	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3
3	窓口の名称	窓口の名	埼玉県都市整備部住宅課	埼玉県都市整備部
	電話番号	電話番号	048-830-5562	
	対応している時間	対応時間	午前8時30分～午後5時15分	午前8時30分～午後5時15分
	定休日	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3
4	窓口の名称	窓口の名	白岡市消費生活センター	白岡市消費生活センター
	電話番号	電話番号	0480-93-7700	
	対応している時間	対応時間	午前10時00分～午後3時00分	
	定休日	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	
5	窓口の名称	窓口の名	埼玉県消費生活支援センター	春日部
	電話番号	電話番号	048-734-0999	
	対応している時間	対応時間	午前9時00分～午後4時00分	
	定休日	定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり (その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 ウォームハートに加入
	<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) 直ちに救急要請等をを行うとともに、入居者のご家族など緊急連絡先や関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及びご家族などに誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	<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
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

1.5 入居希望者への事前の情報開示

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

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。
※介護保険事業所者の選択は自由となっております。

- (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)

別添 3

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の床面積 (m ²)	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	×	○	○	×	×	○	30	101～103、105～108、110～112、201～203、205～208、210～213、215～218、220～223、225	55,000

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 (m ²)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	利用方法
浴室・脱衣所	4	49.2	1階2箇所 2階2箇所	30	1階の1箇所は、機械浴室での利用。 申し出により自由に利用可。
食堂・居間	1	126.9	1階	30	食事やレクリエーションでの利用。 申し出により自由に利用可。
洗濯室	2	13.23	1階に1箇所 2階に1箇所	30	洗濯機、乾燥機の利用。 申し出により自由に利用可。
談話コーナー	1	24.87	2階1箇所	30	自由に利用可。
入居者専用物入	1	6.83	2階1箇所	30	居室にて使わない物をお預かり可。 申し出により自由に利用可。

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) 電話番号						
サービスを提供する法人等の別	<input checked="" type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input 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	1人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人		
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	6人		
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	人		
			合 計		人員	6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	2人
	上記以外の時間	18 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	<input checked="" type="checkbox"/> 0時の安否確認と1日3回の食事提供時に来られないときは安否確認に伺う <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 00分 ~ 24 時 00分					
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	居室にあるナースコールにて対応						
	通報先	1階事務所と職員のPHS			通報先から住宅までの到着予定時間	2分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	20,000 円	前払金の算定方法				
	前払金	約	円					
備考	夜間の緊急対応サービスは1階事務所の介護スタッフが対応します。サービス提供の対価は消費税(10%)別途となっております。							

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 checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input 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 41,700 円	内訳	朝食 278 円	昼食 510 円 夕食 602 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法		
備考	上記月額は、税抜き金額であり1日3食利用した場合の金額となります。 1階食堂で提供しますが、居室へ配膳することもできます。(別途有料) 食事をキャンセル・変更される場合は、前々日の朝9時までに申し出た場合は料金が発生しません。 お粥・キザミ食・トロミ食などにも対応可能です。 サービス提供の対価は軽減税率(8%)が適用となっております。				

※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 checked="" type="checkbox"/> その他 (口腔ケア、清拭など)			
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	オプションサービスとなります。サービスの対価は消費税(10%)別途となっております。詳細は、重要事項説明書の「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」を参照願います。				

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 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	オプションサービスとなります。サービスの対価は消費税(10%)別途となっております。詳細は、重要事項説明書の「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」を参照願います。				

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 checked="" 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		オプションサービスとなります。サービスの対価は消費税(10%)別途となっております。詳細は、重要事項説明書の「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」を参照願います。			

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	布団一式リース、体位交換、移乗・移動介助、役所手続きの代行、居室配膳・下膳、買い物代行、買い物同行、外出介助 * 町会費(145円)		
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		オプションサービスとなります。サービスの対価は消費税(10%)別途となっております。詳細は、重要事項説明書の「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」を参照願います。* 町会費は、オプションサービスには含まれません。			

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	サービス内容		サービス内容		個別の利用料で実施するサービス		個別の利用料で実施するサービス		備考備考備考	
	サービス内容	サービス内容	サービス内容	サービス内容	含	度	料	料		
	サービス内容	サービス内容	サービス内容	サービス内容	※1包	※2都	別)料金(税別)	料		
介護サービス	介護サービス	介護サービス	介護サービス	介護サービス						
	食事介助	食事介助	食事介助	食事介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	日/回500円/回500円		
	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	口腔ケア	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	日/回500円/回500円		
	排泄介助・おむつ交換	排泄介助・おむつ交換	排泄介助・おむつ交換	排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	日/回500円/回500円		
	おむつ代	おむつ代	おむつ代	おむつ代	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	入浴(一般浴)介護・清拭	入浴(一般浴)介護・清拭	入浴(一般浴)介護・清拭	入浴(一般浴)介護・清拭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	/回1,500円/回1,500円		
	特浴介助	特浴介助	特浴介助	特浴介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	/回2,000円/回2,000円		
	身辺介助(移動・着替え等)	身辺介助(移動・着替え等)	身辺介助(移動・着替え等)	身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	/回1,500円/回1,500円	20分以内	20分以内
	体位交換	体位交換	体位交換	体位交換	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	日/回200円/回200円		
	移乗・移動介助	移乗・移動介助	移乗・移動介助	移乗・移動介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	日/回300円/回300円	住宅内のベットサイドでの移乗・移動介助等	住宅内の
	機能訓練	機能訓練	機能訓練	機能訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	通院介助	通院介助	通院介助	通院介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	間1,000円/時間1,000円	の医療機関 * 付き添いができる範囲(白岡市・蓮田市・久喜市内の医療機関 * 付き添いができる範囲(
生活サービス	生活サービス	生活サービス	生活サービス	生活サービス						
	清掃	清掃	清掃	清掃	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	500円/回500円/回	30分以内(介護保険外での清掃)	30分以内(介護保険
	リネン交換	リネン交換	リネン交換	リネン交換	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	500円/月1,500円/月	カバー、枕カバーは週1回交換。(クリーニングが必要な場合は別途料金がかかります)布団一式(枕、ベットバット、掛け布団、シーツ、布団カバー、枕カバー)のリース料金含む。シーツ、布団カバー、枕カバーは別途洗濯カード(1,000円)を購入し利用いただきます。洗濯・乾燥各50円/回別途洗濯カード(1,000円)を購入し利用いただきます。洗濯・乾燥各50円/回	
	日常の洗濯	日常の洗濯	日常の洗濯	日常の洗濯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	400円/回400円/回		
	居室配膳・下膳	居室配膳・下膳	居室配膳・下膳	居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	250円/回250円/回		
	嗜好に応じた特別食	嗜好に応じた特別食	嗜好に応じた特別食	嗜好に応じた特別食	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	おやつ	おやつ	おやつ	おやつ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○		生活支援費(20,000円 税別)に含む生活支援費(20,000円)	
	理美容サービス	理美容サービス	理美容サービス	理美容サービス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○		理美容サービスの紹介費用は自己負担理美容サービスの紹介費用は自己負担	
	買物代行	買物代行	買物代行	買物代行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	300円/回300円/回	白岡・蓮田市内に限る(30分以内)	白岡・蓮田市内に
	買物同行	買物同行	買物同行	買物同行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	000円/回1,000円/回	白岡・蓮田市内に限る(30分以内)	白岡・蓮田市内に
	外出介助	外出介助	外出介助	外出介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○	000円/回1,000円/回	白岡・蓮田市内に限る(30分以内)	白岡・蓮田市内に

通院送迎通院送迎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		○	0円/時間1,000円/	白岡・蓮田市・久喜市内の医療機関に限る(提携医療機関以外の送迎(往復)白岡・蓮田市・久喜市内の医療機関に限る(提携医療機関以外の送迎(往復))
役所手続き代行役所手続き代行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		○	000円/回1,000円/	白岡・蓮田市内に限る(30分以内)白岡・蓮田市内に限る
金銭・貯金管理金銭・貯金管理		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
健康管理サービス健康管理サービス						
定期健康診断定期健康診断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			実費実費	年1回。健康診断先の紹介のみ年1回。健康診断先の
健康相談健康相談	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○			生活支援費(20,000円 税別)に含む生活支援費(20,000円 税別)に含む
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
服薬管理	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		○	100円/日	点眼・軟膏・湿布貼り含む
バイタル測定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○			生活支援費(20,000円 税別)に含む
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○			生活支援費(20,000円 税別)に含む
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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定まっている場合に該当。料金を記載すること。

※3 介護サービス・生活支援サービス・健康管理サービスの月額上限は50,000円(消費税別途)とする。

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	1	訪問介護ステーション花みずき白岡	白岡市西8-7-2 グレースコーポA棟101
訪問入浴介護			
訪問看護	1	蓮田病院	蓮田市大字根金1662-1
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
< 地域密着型サービス >			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
居宅介護支援			
< 介護予防サービス >			
介護予防訪問介護	1	訪問介護ステーション花みずき白岡	白岡市西8-7-2 グレースコーポA棟101
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護	1	蓮田病院	蓮田市大字根金1662-1
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所介護			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護			
介護予防福祉用具貸与			
特定介護予防福祉用具販売			
< 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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援			
< 介護保険施設 >			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			