

重要事項説明書

2022年7月1日現在

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) ぶらちなしにあほむいななのはな | | |
| | プラチナ・シニアホーム伊奈なのはな | | |
| 所在地※1 | (郵便番号 362-0807) | | |
| | 埼玉県北足立郡伊奈町寿1丁目84番1 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-729-3330 | |
| | FAX番号 | 048-729-3331 | |
| | メールアドレス | sh.ina@lakes21.co.jp | |
| | ホームページアドレス | "https://lakes21.co.jp/" | |
| 利用交通手段 | ■ 1. 電車 (ニューシャトル 線 羽貫 駅 から 徒歩 で 15分) | | |
| | ■ 2. その他 (JR 高崎線 上尾駅より、朝日バス羽貫駅行き又は伊奈学園行きにご乗車、「六道」バス停下車、徒歩約3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 | 2010年 10月 | 1 2 2036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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 施設に関する権原※2 | <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 | 2010年 10月 | 1日から 2036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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 | 2010年 10月 | 1日から 2036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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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) かぶしきかいしゃれいくすとうえんていわん | | |
| | 株式会社レイクス21 | | |
| 住所 (法人にあっては 主たる事務所) | (郵便番号 104-0004) | | |
| | 東京都千代田区大手町一丁目5番1号 電話番号 03-5208-1601 | | |
| 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) ぶらちなしにあほむいななのはな | | |
| | プラチナ・シニアホーム伊奈なのはな | | |
| | (郵便番号 362-0807) | | |

事務所の所在地

埼玉県北足立郡伊奈町寿 1 丁目 8 4 番 1

電話番号 048-729-3330

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 | 26 | 戸 |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.63 | m ² |
| | (最大) | 18.63 | 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 | 軽量鉄骨造 | |
| | 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 | 931.71 | m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 913.08 m ²) |
| 竣工の年月 | 2010 年 10 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 | | |

詳細については、別添3のとおり

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 type="checkbox"/> 終身建物賃貸借契約 <input checked="" 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 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。) |
| 入居契約の内容 | 別添入居契約書のとおり |

| | |
|--------|-------------------|
| 事業開始時期 | 2010 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) | |
|-------------------|--|---|-----------------|
| 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 20,952 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 45,360 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 |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 | 37,000 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 | 10,000 円 | |
| | (最高) 約 | 20,000 円 | |
| 保証金(敷金相当額)の概算額 | (最低) 約 | 0 円 | 家賃の 4.0 月分 |
| | (最高) 約 | 148,000 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 |
| 家賃・共益費・敷金に関する特記事項 | 家賃・共益費の最低額及び敷金の最高額は生活保護受給者が対象です。 | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている | | 介護保険事業所番号 () |

詳細については、別添4のとおり

| | |
|----------------------------|--|
| 介護予防特定施設 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 () |
| | ■ 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 | サービス付き高齢者向け住宅部門に係る人件費その他管理経費より月額家賃相当額を算出。 |
| 共益費（管理費） | 1. 住戸部分の上・下水道代、共同利用設備部分及び共用部分の光熱費、上・下水道代、清掃費等の維持管理費 2. 設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、消防設備等） 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、等 ※各住戸部分の上・下水道代は、建物全体のメーターから維持管理費、事業者の事務所で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額とします。 |
| 保証金（敷金相当額） | 家賃の 4ヶ月分 |
| 高齢者生活支援サービス | 見守り、安否確認、緊急時対応、コール対応等、生活支援サービスに係る人件費その他経費より算出。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 食費 | 食材料費、厨房に係る人件費、食器その他器具什器費の減価償却費。 |
| 光熱水費 | 住戸部分の上・下水道代は共益費に含みます。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添5のとおり |
| その他のサービス利用料 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金算定の根拠)

■ 特定施設入居者生活介護等を提供していない（この項以下余白）

| 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 | |
| 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（上乘せサービス） | |

※ 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 | | |
| 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 |
| 請求方法 | ■ 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 |
| 請求方法 | 毎月15日までに請求書を送付し、入居者様へ送付します。 ・家賃、共益費（翌月分） ・食費（前月分） ・生活支援サービス基本サービス費（前月分） ・オプションサービス費（前月ご利用分） |
| 支払方法 | 毎月27日に支払請求分を、ご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます（収納会社名：三菱UFJファクター株式会社）。 27日が金融機関の休日にあたるときは、翌営業日に引き落としさせていただきます。 |
| 年齢に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> あり ■ なし |
| 要介護状態に応じた金額設定 | <input type="checkbox"/> あり ■ 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 | ■ 減額なし ご入院期間中も、解約のお申し出がない限り入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。 サービス費、食費は利用実績により日額計算を行い、お支払いいただきます（入院中のご利用がない分はお支払いいたしません。） |

| | | |
|---------|-----|--|
| | | <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 | 入居契約書第4条第3項、第5条第4項、第7条第3項のとおり |
| | 手続き | 双方協議の上契約書の差替え |

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 |
|-------------------|------------------------------|------------|---|
| プラチナ・訪問介護ステーション伊奈 | 訪問介護 | 1171300427 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| プラチナ・訪問介護ステーション伊奈 | 訪問型サービス (介護予防・日常生活支援総合事業) | 1171300427 | <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |

※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 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 | |
|-----------------------|--|

1 1 運営方針
別添5のとおり

1 2 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

高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に基づき、適切にサービス付き高齢者向け住宅事業を実施いたします。また、在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。

1 3 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 当住宅では、入居者様に対しての個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことができるよう、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急対応を行います。また、関係市町村、協力医療機関及び地域の保健医療・福祉サービス提供期間等と連携を図り、医療・介護が必要となった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 併設の訪問介護事業所のスタッフと連携し、基本サービススタッフが生活・介護などの相談、見守り・安否確認、緊急対応などのサービスを行います。また、各種イベントを開催し、家庭的な雰囲気の中で楽しく穏やかな生活環境を提供します。 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」に掲げるサービスのご利用分につきましては、介護保険によるサービス提供ではありませんので、介護保険の適用はできません。 なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、入居者様は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することができます。 |

(介護サービスの内容) ■ 特定施設入居者生活介護等を提供していない（この項以下余白）

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 | 身体拘束廃止未実施減算 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 入居継続支援加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 生活機能向上連携加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 個別機能訓練加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | ADL維持等加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅱ) | <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 |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | <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 |
| | 口腔衛生管理体制加算 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 障害者等支援加算 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | LIFEへの登録 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 看取り介護加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅱ) | <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) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅲ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (Ⅲ) | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | <input 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の有無 | | <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 | | | |

(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 checked="" type="checkbox"/> その他 ① 協力医療機関及び協力医療機関への受診取次 ② 処方薬の取次 ご希望により、協力医療機関及び協力歯科医療機関以外の医療機関、歯科医療機関、調剤薬局等をご利用いただくことも可能です。 ※ 医療機関、歯科医療機関、調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。 | | | |
| | 協力医療機関 | 1 | 名称 | 久喜東クリニック |
| | | | 住所 | 埼玉県久喜市青毛4丁目3番12号 |
| 診療科目 | | 内科 | | |
| 協力内容 | | 訪問診療 | | |
| 2 | 名称 | 金崎医院 | | |
| | 住所 | 埼玉県北足立郡伊奈町内宿台3-40 | | |
| | 診療科目 | 内科 | | |
| 協力内容 | 外来受診 | | | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | あつ美歯科クリニック大宮 | | |
| | 住所 | 埼玉県さいたま市大宮区大成町2-188 | | |
| | 協力内容 | 訪問診療 | | |

(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 checked="" type="checkbox"/> その他（他の一般居室に移る場合） | | |
| 判断基準の内容 | 居室移動は原則としてありませんが、適切なサービス提供に支障をきたす場合、又はその恐れがある場合、居室を変更していただく場合があります。 | | |
| 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 | 入居者様・事業者間による入居契約の合意解約のうえ、その後移動先の居室で新たな入居契約を締結することとなります。 | | |
| 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 | 次の①または②に該当の方です。 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。） | | | |
| 当住宅で対応できる医療的ケアの内容 | ・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等） ・当住宅では看護師がいないため、常時医療行為が必要な方への対応はできません。 ・胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能ですので、個別に相談のうえ入居可能か判断し決定します。 | | | |
| 事業主から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第18条 | | |
| | 解約予告期間 | 90日 | | |
| 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19条 | | |
| | 解約予告期間 | 30日 | | |
| | 契約解約時の連絡先 | 名称 | プラチナ・シニアホーム伊奈なのはな | |
| | | 電話番号 | 048-729-3330 | |

| | |
|---------|--|
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：一泊 5,238円 (住宅費・光熱水費・生活支援サービス費、介護費用を含む、食事代別途。10%消費税込) <input type="checkbox"/> なし |
| 入居定員 | 26 人 |
| その他 | |

14 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(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) 15 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 | 0 | 0 | 0 | |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 直接処遇職員 | 10 | 0 | 0 | 10 | 0 | |
| 介護職員 | 10 | 0 | 0 | 10 | 0 | |
| 看護職員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 4 | 0 | 0 | 4 | 0 | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 合計 | 15 | 1 | 0 | 14 | 0 | |
| 1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1 | | | | | | 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) 12 人 | | | | |
|---|---------------|----|-----|-----|-----|
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 7 | 0 | 0 | 7 | 0 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 10 | 0 | 0 | 10 | 0 |
| (注1)(職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。 (注2)1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。 | | | | | |

(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) 0 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (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 (18 時 00 分 ~ 9 時 00 分) | | |
|----------------------------------|------|--------|
| 職種 | 平均人数 | 最少時人数※ |
| 介護職員 | 1 人 | 1 人 |
| 看護職員 | 0 人 | 0 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等を提供していない(この項以下余白)

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| 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【表示事項】 | <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 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 | 石塚 美佐子 | | | | | | | | |
| | 職名 | 管理者 | | | | | | | | |
| | 他の職務との兼務 | <input type="checkbox"/> あり ■ なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | ■ あり 資格等の名称 ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | |
| | 生活相談員 | | 介護職員 | | 看護職員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 経歴年数 | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上3年未満 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上5年未満 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上10年未満 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 合計 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者の健康診断の実施 | | | ■ 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 | 9 人 |
| | 女性 | 12 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 8 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 9 人 |
| | 85歳以上 | 3 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 | 6 人 |
| | 要介護2 | 6 人 |
| | 要介護3 | 3 人 |
| | 要介護4 | 3 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 1 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 1 人 |
| | 1年以上5年未満 | 14 人 |
| | 5年以上10年未満 | 5 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 | 75.0 歳 |
| 入居者数の合計 | 21 人 |
| 入居率※ | 80.7 % |
| ※ 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 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 2 人 |

| | | | |
|---------|----------|-----|---|
| | 医療機関 | 0 人 | |
| | 死亡者 | 3 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 | 2 人 | (解約事由の例) 介護状態が重度となりまた、医療的な処置が必要となり、サ高住での生活が難しくなったため |

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)

事業者主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

| | | |
|---|----------|------------------------|
| 1 | 窓口の名称 | プラチナ・シニアホーム伊奈なのはな |
| | 電話番号 | 048-729-3330 |
| | 対応している時間 | 午前9時00分 ~ 午後6時00分 |
| | 定休日 | なし |
| 2 | 窓口の名称 | 株式会社レイクス21 |
| | 電話番号 | 03-5208-1601 |
| | 対応している時間 | 午前9時00分 ~ 午後6時00分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始(12/31~1/4) |

事業者以外の苦情に対応する窓口

| | | |
|---|----------|--|
| 3 | 窓口の名称 | 一般財団法人 サービス付き高齢者向け住宅協会サービス付き高齢者向け住宅入居者相談窓口 |
| | 電話番号 | 03-5645-3573 |
| | 対応している時間 | 午前9時 00分 ~ 午後5時 00分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始(12/29~1/3) |
| 4 | 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 |
| | 電話番号 | 048-830-3254(直通) |
| | 対応している時間 | 午前8時 30分 ~ 午後5時 15分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始(12/29~1/3) |
| 5 | 窓口の名称 | 埼玉県都市整備部住宅課 |
| | 電話番号 | 048-830-5562(直通) |
| | 対応している時間 | 午前8時 30分 ~ 午後5時 15分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始(12/29~1/3) |
| 6 | 窓口の名称 | 伊奈町消費生活センター |
| | 電話番号 | 048-721-2111 |
| | 対応している時間 | 午前10時 00分 ~ 午後3時 00分 |
| | 定休日 | 金、土、日、祝日、年末年始(12/29~1/3) |
| 7 | 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター |
| | 電話番号 | 048-261-0999 |
| | 対応している時間 | 9時 00分 ~ 16時 00分 |
| | 定休日 | 日、祝日、年末年始(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) 東京海上日動火災保険株式会社 事業活動包括保険 |
| | <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) ・本契約に基づき、介護サービス等を入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(ご家族様へのご連絡、救急車の呼び出し等)を行います。 ・事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査及び再発防止策を策定し、埼玉県福祉部高齢介護課、埼玉県都市整備部住宅課、区市町村に報告します。 ・入居者様に対するサービスの提供に当たって、事故が発生し、入居者様の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者様に対して損害を賠償します。ただし、入居者様に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、又は賠償額を減額することがあります。 |
| | <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 | | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし | 結果の開示 | | | |
| 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 | | | | |

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 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 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 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 |

18 その他

| | |
|--|---|
| 外出・帰宅・訪問等 | |
| <p>外出・帰宅及びご家族様の来訪等の時間制限はなく、24時間いつでも可能です。正面玄関の自動ドアは、オートロックとなっており、外出・帰宅及びご家族様の訪問時は、従業員がドアの開閉を行いますので、インターホン等でお知らせください。長期外泊時は、管理者へご連絡ください。</p> | |
| 共用施設の利用について | |
| 浴室 | <p>共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し出ください。 なお、ケアプランに基づく浴室のご利用については、事前に利用時間をお知らせします。</p> |
| 食堂 | <p>いつでも、他のご入居者様やご家族様と歓談等にご使用ください。</p> |
| 共用キッチン | <p>共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。</p> |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き | |
| <p>・入居者様又は他の入居者様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。 ・「緊急やむを得ない場合」とは、①入居者様又は他の入居者様等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの の要件全てを満たしている場合に限ります。 ・身体的拘束等を行う場合は、「切迫性」「非代替性」「一時性」について事業所内で検討し、入居者様又はご家族様に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで、同意書を交わし、実施します。 ・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者様の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| 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 (運営方針)
 - 別添6 (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7 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

当事業者は、入居者様に対して、入居契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を行い、利用者の確認及び同意を得て、交付しました。

説明年月日 年 月 日

事業者 所在地 東京都千代田区大手町一丁目5番1号

名称 株式会社レイクス21

代表者 代表取締役 池 俊明

事業所 所在地 埼玉県北足立郡伊奈町寿1丁目84-1

名称 プラチナ・シニアホーム伊奈なのはな

説明者

私は上記事業者から、入居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、同意及び確認をし、交付を受けました。

同意及び確認年月日 年 月 日

入居者 住所 _____
氏名 _____

署名代行者 下記の理由により、入居者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。
(又は代理人) 署名代行理由：
[_____]

本人との続柄 住所 _____
《 _____ 》
氏名 _____

身元引受人
本人との続柄 住所 _____
《 _____ 》
氏名 _____

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

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) | 月額家賃 (概算額) (円) |
|------|-----------------|---------|----|----|----|----|----|------------|-------------------------|----------------------|
| | | 完備 | 便所 | 洗面 | 浴室 | 台所 | 収納 | | | |
| 1 | 18.63 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 26 | 1階:1~8(8室)、2階:9~26(18室) | 50,000 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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 |
|----------|-------|--------------|-------|-------------------|--|
| 食堂(居間兼用) | 1 | 100.03 | 1階 | 26 | いつでも、他の利用者様やご家族様との歓談等にご利用ください。 |
| 共同トイレ | 2 | 9.72 | 1階、2階 | 26 | トイレ備え付けのトイレットペーパー以外の紙を使用されま すと便器が詰まる恐れがありますのでご注意ください。 |
| 浴室 | 3 | 19.45 | 1階、2階 | 26 | 共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し 出ください。なお、ケアプランに基づく浴室のご利用につい ては、事前に利用時間をお知らせします。 |
| 洗濯室 | 2 | 16.55 | 1階、2階 | 26 | 洗濯乾燥機を用意しています。ご利用希望については、職 員にお申し出ください。 |
| ミニキッチン | 2 | 1.24 | 1階、2階 | 26 | 共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出 ください。 |
| 脱衣室 | 2 | 21.86 | 1階、2階 | 26 | 共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し 出ください。なお、ケアプランに基づく浴室のご利用につい ては、事前に利用時間をお知らせします。 |
| | | | | | |

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 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応 <input type="checkbox"/> ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> なし |
|--------|--|

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

| | | | | | | | |
|----------------------|---|--|--|---|---------|-------|---|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | | | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | | | |
| | 住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | | | |
| サービスを提供する法人等の別 | <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 | | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 人 | <input 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 8 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 2人 | <input type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 | | |
| | | | | | 合計 | 人員 10 | |
| 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 | 0分 | ～ | 18時0分 | 人員 1 | |
| | 上記以外の時間 | 18時 | 0分 | ～ | 9時0分 | 人員 1 | |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 日中は毎食事時又は居室訪問(夜間は個別の状況に応じた頻度で居室を巡回)し確認いたします。 | | | | 毎日 3 | | |
| 緊急時における対応の内容 | <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(近接する土常駐する場合のみ) | | | | | | |
| | 日中・夜間とも、各居室のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室に報を受信のうえ、住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。 入居中に病状の急変などがあった場合は、速やかに入居者様の主治医または当住宅の協力医療機関に連絡し必要な措置を講ずるほか、緊急時連絡先となっているご家族様にも速やかに連絡をします。 | | | | | | |
| 生活相談サービスの内容 | 当住宅で生活を送る中で、お困りのこと、ご不安等について、住宅職員がご相談に応じます。 | | | | | | |
| | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 提供時間 | 9時 | 00分 | ～ | 18時 | 00分 | | |
| 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 |
| | 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 | | | 1 | |
| サービス提供の対 | 月額 | 約 | 20,952 | 円 | 則 金の | | |

| | | | | |
|--------|---|---|-----|----------|
| 価(概算額) | 前払金 | 約 | 0 円 | 算定 方法 |
| 備考 | 上記金額には、消費税10%(1,904円)を含みます。 ※サービス提供の対価(概算額):生活保護受給者は0円~20,952円となります。 | | | |

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 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 | |
| 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 45,360 円 | 内訳 朝食 324 円 昼食 594 円 夕食 594 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の算定方法 | |
| 備考 | ※食費は月単位での請求となります。 食費:月額45,360円(30日の場合)[朝食324円 昼食594円 夕食594円] (消費時軽減税率適用) 昼食はおやつを含みます。 朝食は午前8時~9時 昼食は午後0時~1時 夕食は午後6時~7時 おやつは午後3時~4時 各階の食堂で提 ます。居室へ配食することもできます(別途有料)。 キャンセル・変更等は提供される日の前々日午前9時までにお届けください。前々日午前9時までにお届けいた だたキャンセルの場合、食事代の計算は喫食数での計算となりますが、それ以降のお届けまたは無届けの場合は 日単位の食費計算とさせていただきます。食事は、本住宅の厨房で調理いたします。 | | | |

※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 checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 (| |
| サービス提供の対 価(概算額) | 月額 | 約 0 円 | 前払 金の 算定 方法 |
| | 前払金 | 約 0 円 | |
| 備考 | 生活支援サービスのオプションサービス料金(税込)は入浴介護 2,750円/1回、排せつ介助 550円/15分、食事介 550円/1回です。 | | |

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 0 円 | 前払 金の 算定 方法 |
| | 前払金 | 約 0 円 | |
| 備考 | 生活支援サービスのオプションサービス料金(税込)は掃除 550円/10分、洗濯 1,100円/1回です。 | | |

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 type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 (| | |
| サービス提供の対 価(概算額) | 月額 | 約 | 0 | 円 | 前払 金の 算定 方法 |
| | 前払金 | 約 | 0 | 円 | |
| 備考 | | 健康相談及び血圧等の測定料金は、状況把握及び生活相談サービス料金20,952円(消費税10%込)に含みます | | | |

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 | フロントサービス、アクティビティサービス | | |
| 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 | | フロントサービス及びアクティビティサービス料金は状況把握及び生活相談サービス料金20,952円(消費税10%込)に含みます。 フロントサービスの内容①来訪者の受付問合せ対応②郵便等の発送・受取り③各種情報の案内④タクシー手配 リーニング・新聞・食事の注文・その他サービス取り次ぎ アクティビティサービスの内容①入居様の交流促進支援②各種イベントの開催(材料費は自己負担) | | | |

| |
|----|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| 人 |
| 人 |
| 人 |
| 人 |
| 人 |
| |
| |
|) |
| 人 |
| 人 |
| 回 |
| 地に |
| |
| て通 |
| 、必 |
| |
| |
| |
| 分 |
| |
| 分 |

1

| |
|----|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
|) |
|) |
|) |
|) |
| |
| |
| |
| |
| 円 |
| |
| |
| |
| 供し |
| い |
| 、一 |

| |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
|) |
| |
|) |
| |
| |
| 助 |

| |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
|) |
| |
|) |
| |
| |
| |

| |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
|) |
| |
|) |
| |
| |
| 。 |

| |
|----|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
|) |
| |
| |
| |
| 母に |
| ⑤ク |

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類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 |

職員に対して、認定証に関する研修を行う

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

はい

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

はい

いいえ

別添6

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 | | 都度 | 料金（税込） | | |
| | | | ※1 | ※2 | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | ○ | 550円/1回 | 居室からの移動および食事介助。1対1の介助とは限りません30分程度一食 30分相当 |
| 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 | | ○ | 550円/15分 | トイレへの誘導、おむつ交換等必要な介助の実施（体位交換含む）。15分程度 |
| 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 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | ○ | 2,750円/1回 | 浴室準備等含む。介護職員1名介助の場合。60分程 |
| 特浴介助 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| 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 | | ○ | 550円/1回 | 15分程度 |
| 衣類着脱 | | | | | | ○ | 825円/1回 | 15分程度 |
| 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 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | ○ | 550円/10分 | 掃除機・モップかけ。ゴミ回収、トイレ・洗面台清掃。30分の場合1,650円 |
| リネン交換 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| 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 | | ○ | 1100円/回 | 洗濯・乾燥・お返し 20分程度 |
| 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 | | ○ | 550円/回 | 居室への食事の配膳・下膳 1往復10分程度 |
| 嗜好に応じた特別食 | | | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | 実費 | |
| おやつ | | | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| 理美容サービス | | | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| 買物代行 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | ○ | 385円/10分 | 食料品や衣類等の買い物代行。概ね2キロ以上の重量物を除く。30分の場合1,155円 |
| 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 | | ○ | 385円/10分 | 行政機関等での書類の請求・申請・交付手続。1時間の場合2,310円 |
| 金銭・貯金管理 | | | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | （個別にご相談のうえ実施可能か検討し決定します） |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| 健康相談 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | | |
| 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 | | | | |
| 服薬支援 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | ○ | 3,300円/1ヶ月 | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | <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・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。

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 | 6 | プラチナ・訪問介護ステーション草加 | 埼玉県草加市新栄3-3-16 |
| 訪問入浴介護 | | | |
| 訪問看護 | 1 | プラチナ訪問看護ステーション春日部 | 埼玉県春日部市栄町3-107 |
| 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 | 1 | プラチナ・シニアホーム春日部藤の牛島 | 埼玉県春日部市牛島1590番地1 |
| 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 | | | |
| 地域密着型通所介護 | 1 | プラチナ・デイサービス埼玉坂戸 | 埼玉県坂戸市元町65-6 |
| 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> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | | | |
| 介護予防訪問看護 | 1 | プラチナ訪問看護ステーション春日部 | 埼玉県春日部市栄町3-107 |
| 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 | 1 | プラチナ・シニアホーム春日部藤の牛島 | 埼玉県春日部市牛島1590番地1 |
| 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 | | | |
| 介護医療院 | | | |