

## ブランチエール浦和 重要事項説明書

|       |                |
|-------|----------------|
| 作成年月日 | 2023年7月1日      |
| 作成者名  | 駒井 奈緒          |
| 所属・職名 | ブランチエール浦和・事業所長 |

## 1. 事業主体概要

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 種類         | 個人/法人  |  |
|            | ※法人の場合、その種類  | 株式会社   |
| 名称         | (ふりがな)<br>かぶしがいはせこうしにあうえるでざいん<br>株式会社長谷工シニアウエルデザイン |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒105-0014  | 東京都港区芝二丁目9番10号   |
|            |  |  |
| 連絡先        | 電話番号   | 03-5427-6480   |
|            | FAX番号  | 03-5427-3171   |
|            | メールアドレス  |  |
|            | ホームページアドレス   | なし<br>あり : <a href="http://www.haseko-senior.co.jp/">http://www.haseko-senior.co.jp/</a> |
| 代表者        | 氏名   | 幸谷 登   |
|            | 職名   | 代表取締役社長  |
| 設立年月日      | 1991年(平成3年)9月26日                                   |  |
| 主な実施事業     | ※別添1(別に実施する介護サービス一覧表)                              |  |

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

### (住まいの概要)

|               |                                   |   |
|---------------|-----------------------------------|---|
| 名称            | (ふりがな)<br>ぶらんしえーるうらわ<br>ブランシエール浦和 |   |
| 所在地           | 〒336-0031                         | 埼玉県さいたま市南区鹿手袋四丁目31番10号  |
|               |                                   |   |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                               | J R埼京線・武蔵野線「武蔵浦和」駅  |
|               | 交通手段と所要時間                         | J R埼京線・武蔵野線「武蔵浦和」駅下車(800m)<br>徒歩 10分  |
| 連絡先           | 電話番号                              | 048-865-2811  |
|               | F A X 番号                          | 048-865-0216  |
|               | メールアドレス                           | nkamai@haseko-senior.co.jp  |
|               | ホームページアドレス                        | <a href="https://www.haseko-senior.co.jp/home/urawa/">https://www.haseko-senior.co.jp/home/urawa/</a> |
| 管理者           | 氏名                                | 駒井 奈緒   |
|               | 職名                                | 事業所長  |
| 建物の竣工日        |                                   | 平成5年3月31日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                                   | 平成5年4月4日  |

### (類型)【表示事項】

|                                    |            |          |
|------------------------------------|------------|----------|
| 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）       |            |          |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |            |          |
| 3 住宅型                              |            |          |
| 4 健康型                              |            |          |
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合             | 介護保険事業者番号  |          |
|                                    | 指定した自治体名   |          |
|                                    | 事業所の指定日    | 平成 年 月 日 |
|                                    | 指定の更新日（直近） | 平成 年 月 日 |

3. 建物概要

|  |                |  |  |                                |       |        |
|--|----------------|--|--|--------------------------------|-------|--------|
| 土地   | 敷地面積           | 2,224.88 m <sup>2</sup><br>(クラブハウス棟) 1,082.21 m <sup>2</sup> |  |                                |       |        |
|  | 所有関係           | 1 事業者が自ら所有する土地   |  |                                |       |        |
|  |                | 2 事業者が賃借する土地   |  |                                |       |        |
|  |                | 抵当権の有無   | 1 あり 2 なし  |                                |       |        |
|  |                | 契約期間   | 1 あり (年月日～年月日)<br>2 なし   |                                |       |        |
| 契約の自動更新  | 1 あり 2 なし      |  |  |                                |       |        |
| 建物   | 延床面積           | 全体   | 4,300.17 m <sup>2</sup><br>(鉄筋コンクリート造地上7階建て)<br>(クラブハウス棟) 1,054.99 m <sup>2</sup><br>(鉄筋コンクリート造地上4階建内1・2階部分) |                                |       |        |
|  |                | うち、老人ホーム部分   |  |                                |       |        |
|  | 耐火構造           | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )                             |  |                                |       |        |
|  | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他 ( )                    |  |                                |       |        |
|  | 所有関係           | 1 事業者が自ら所有する建物   |  |                                |       |        |
|  |                | 2 事業者が賃借する建物 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )                                 |  |                                |       |        |
| 抵当権の設定   |                | 1 あり 2 なし  |  |                                |       |        |
| 契約期間   |                | 1 あり (2023年3月1日～2028年2月29日)<br>2 なし                          |  |                                |       |        |
| 契約の自動更新  | 1 あり 2 なし      |  |  |                                |       |        |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】 | 1 全室個室 (縁故者居室を含む)  |  |                                |       |        |
|  |                | 2 相部屋あり  |  |                                |       |        |
|  |                | 最少   | 人部屋  |                                |       |        |
|  | 最大             | 人部屋  |  |                                |       |        |
|  |                | トイレ  | 浴室   | 面積                             | 戸数・室数 | 区分※    |
|  | タイプ1           | 有/無  | 有/無  | 55.90～<br>99.00 m <sup>2</sup> | 58室   | 一般居室個室 |
| タイプ2   | 有/無            | 有/無  | 23.20 m <sup>2</sup>   | 1室                             | 一時介護室 |        |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |                |  |  |                                |       |        |

|                  |   |   |                 |     |
|------------------|---|---|-----------------|-----|
| 共用施設             | 共用便所における便房  | 4ヶ所   | うち男女別の対応が可能な便房  | 2ヶ所 |
|                  |   |   | うち車いす等の対応が可能な便房 | 1ヶ所 |
|                  | 共用浴室  | 2ヶ所   | 個室              | -ヶ所 |
|                  |   |   | 大浴場             | 2ヶ所 |
|                  | 共用浴室における介護浴槽  | -ヶ所   | チェアー浴           | ヶ所  |
|                  |   |   | リフト浴            | ヶ所  |
|                  |   |   | ストレッチャー浴        | ヶ所  |
|                  |   |   | その他（ ）          | ヶ所  |
|                  | 食堂  | <input checked="" type="checkbox"/> あり (84.45 m <sup>2</sup> )    2 なし    クラブハウス棟1階 |                 |     |
|                  | 機能訓練室   | 1 あり (      m <sup>2</sup> ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし               |                 |     |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |   |                 |     |
| エレベーター           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応)<br><input type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応)<br><input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない)<br><input type="checkbox"/> 4 なし |   |                 |     |
| 消防用設備等           | 消火器   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                    |                 |     |
|                  | 自動火災報知機   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                    |                 |     |
|                  | 火災通報設備  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                    |                 |     |
|                  | スプリンクラー   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                       |                 |     |
|                  | 防火管理者   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                    |                 |     |
|                  | 消防計画  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし                                    |                 |     |
| 緊急通報装置等          | 居室  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 一部あり    3 なし                          |                 |     |
|                  | 便所  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 一部あり    3 なし                          |                 |     |
|                  | 浴室  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 一部あり    3 なし                          |                 |     |
|                  | その他(ペンダント型)   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 一部あり    3 なし                          |                 |     |
| その他              | 談話室、フロント、健康相談室、駐車場(実費)、駐輪場<br>(クラブハウス棟内) 食堂、多目的室  |   |                 |     |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 事業の目的           | 老人福祉法、都道府県等地方自治体が示す有料老人ホーム設置運営指導指針及び公益社団法人全国有料老人ホーム協会が定める倫理綱領を遵守し、入居契約の定めに従い、入居施設を契約終了まで利用する権利と各種サービスを提供します。  |
| 運営に関する方針        | 一人ひとりの心地いいをデザインすることで、空間・時間・仲間の質を高め、「選んでよかった」と思える居場所をつくり続けていきます。   |
| サービスの提供内容に関する特色 | 一人ひとりの心地いいをデザインし、3つの「間」の質を高め続けていきます。<br>「心地いい空間」<br>・安心・安全を感じられる建物・設備・環境を整えます。<br>・毎日に豊かさを添える演出を考え、実行します。<br>・ご入居者ご自身が選ぶことのできる余白をつくります。<br>「心地いい時間」<br>・ご入居者・ご利用者ご自身が人生で培ってきた価値観・経験を尊重します。<br>・心身の状態の変化にも、柔軟に寄り添います。<br>・長く楽しく暮らすために必要な試みを積極的に取り入れます。<br>「心地いい仲間」<br>・その方が心地いいと感じるベストな距離感で接します。<br>・地域との関わり合いをサポートします。<br>・長谷工グループ一丸となり、暮らしを支えます。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施 2 委託 3 <input checked="" type="checkbox"/> なし  |
| 食事の提供           | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 健康管理の供与         | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 安否確認又は状況把握サービス  | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 生活相談サービス        | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし  |

##### (介護サービスの内容)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

|                                |               |               |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算      | 1 あり 2 なし     |
|                                | 生活機能向上連携加算    | 1 あり 2 なし     |
|                                | 個別機能訓練加算      | 1 あり 2 なし     |
|                                | 夜間看護体制加算      | 1 あり 2 なし     |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり 2 なし     |
|                                | 医療機関連携加算      | 1 あり 2 なし     |
|                                | 口腔衛生管理体制加算    | 1 あり 2 なし     |
|                                | 栄養スクリーニング加算   | 1 あり 2 なし     |
|                                | 退院・退所時連携加算    | 1 あり 2 なし     |
|                                | 看取り介護加算       | 1 あり 2 なし     |
|                                | 認知症専門ケア加算     | (I) 1 あり 2 なし |

|                      |               |                      |           |
|----------------------|---------------|----------------------|-----------|
|                      | サービス提供体制強化加算  | (Ⅱ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅰ) イ                | 1 あり 2 なし |
|                      |               |                      | (Ⅰ) ロ     |
|                      |               | (Ⅱ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      | 介護職員処遇改善加算    | (Ⅲ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅰ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅱ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅲ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅳ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      | 介護職員等特定処遇改善加算 | (Ⅴ)                  | 1 あり 2 なし |
|                      |               | (Ⅰ)                  | 1 あり 2 なし |
| 介護職員等特定処遇改善加算        | (Ⅱ)           | 1 あり 2 なし            |           |
|                      | (Ⅱ)           | 1 あり 2 なし            |           |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり          | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1 |           |
|                      | 2 なし          |                      |           |

(医療連携の内容)

|                 |           |  |
|-----------------|-----------|--|
| 医療支援<br>※ 複数選択可 | 1         | 救急車の手配   |
|                 | 2         | 入退院の付き添い   |
|                 | 3         | 通院介助   |
|                 | 4         | その他 ( お見舞い等 )  |
| 協力医療機関          | 名称        | 医療法人明医研 デュエット内科クリニック   |
|                 | 住所        | さいたま市南区別所6-18-8 (事業所から300m)  |
|                 | 診療科目・協力科目 | 内科・総合診療科、呼吸器科、アレルギー科/脳神経内科/在宅医療 (訪問診療) /禁煙外来/各種検診                            |
|                 | 協力内容      | 居宅療養管理指導、緊急時のスタッフへの指示、看護指導、健康診断の実施、他の医療機関に入院を要する場合の紹介<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担 |
| 協力歯科医療機関        | 名称        | 医療法人歯健長壽会  |
|                 | 住所        | さいたま市中央区上落合 7-6-2<br>カーエスブルク 2 階 (事業所から約 10Km)                               |
|                 | 協力内容      | 口腔ケア、義歯作製・調整、虫歯治療、抜歯、他<br>※医療費その他の費用は入居者の自己負担                                |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

|                           |   |                  |
|---------------------------|---|------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※ 複数選択可 | 1   | 一時介護室へ移る場合       |
|                           | 2   | 介護居室へ移る場合        |
|                           | 3   | その他 ( )          |
| 判断基準の内容                   | 一時的に、24 時間の頻繁な見守り介護等が必要となった場合、設置者の指定する他の事業所の一時介護室 (介護居室を含む) で介護します。 |                  |
| 手続きの内容                    | 1   | あり 2 なし          |
|                           | ①   | 設置者の指定する医師の意見を聴く |
|                           | ②   | 入居者の意思を確認する      |
|                           | ③   | 身元引受人の意見を聴く      |

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| 追加的費用の有無                   | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし<br>ただし、管理費は他の事業所の介護居室管理費お一人分をお支払いいただきます。  |  |
| 居室利用権の取扱い                  | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし<br>一時的に利用する共用部であり、一般居室の利用権に変更はありません。  |  |
| 前払金償却の調整の有無                | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |  |
| 従前の居室との仕様の変更               | 面積の増減   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | 便所の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | 浴室の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | 洗面所の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | 台所の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | その他の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 居室の向き、室内の仕様が異なります。<br>2 なし |
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※ ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 (設置者が運営する他の事業所)<br>3 その他 ( )  |  |
| 判断基準の内容                    | 要介護認定重度又は継続的に介護居室での介護が必要と判断される場合に置者の指定する介護居室に入居者の入居する居室を移行していただきます。   |  |
| 手続きの内容                     | ①設置者の指定する医師の意見を聴く<br>②緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を目安に観察期間を設ける<br>③入居者の権利や利用料金等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、住みかえ後の居室及び権利の変動、居室面積の変更に伴う費用負担の増減、又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者・身元引受人及び連帯保証人に説明を行う<br>④入居者本人又は身元引受人の同意を得るなお、住みかえについては、合意書又は付属契約書(住みかえ)による契約を締結いただきます。 |  |
| 追加的費用の有無                   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし<br>敷金が住みかえ先の敷金より多いまたは少ない場合は差額を精算します。また、2人入居の場合でその内1人が介護居室へ住みかえた場合は、介護居室利用料(80,000円/月)をお支払いいただきます。   |  |
| 居室利用権の取扱い                  | 居室の権利は住みかえ先へが移行します  |  |
| 前払金償却の調整の有無                | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |  |
| 従前の居室との仕様の変更               | 面積の増減   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | 便所の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | 浴室の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | 洗面所の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | 台所の変更   | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし                              |
|                            | その他の変更  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (変更内容) 居室の向き、室内の仕様が異なります。<br>2 なし |

(入居に関する要件)

|                    |   |           |
|--------------------|---|-----------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者   | 1 あり 2 なし |
|                    | 要支援の者   | 1 あり 2 なし |
|                    | 要介護の者   | 1 あり 2 なし |
| 留意事項               | <p>(入居者の条件)</p> <p>60歳以上の方。共同生活が円満にできる方。<br/>身元引受人がいる方。<br/>二人入居の場合夫婦と限りません。親子、友人でも可能です。<br/>自らおよび連帯保証人・身元引受人・返還金受取人が反社会的勢力に該当しないこと。</p>  |           |
| 契約の解除の内容           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書に虚偽の説明を行う等の不正手段により入居したとき</li> <li>・月払いの利用料その他の費用の支払いを正当な理由なく3ヶ月以上遅滞したとき</li> <li>・居室の転貸・交換をしたとき</li> <li>・各種サービスに対し、行ってはいけない行為をしたとき</li> <li>・入居者が、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき</li> <li>・入居者又はその関係者(身元引受人を含むがこれに限らない)の言動が、他の入居者又は設置者の従業員に危険、迷惑、不快を及ぼし、設置者から行為者にその是正を求めるも行為者が繰り返し、これら行為に及ぶとき</li> <li>・入居契約の条項に違反したとき</li> <li>・その他入居契約を継続することが困難な事由が生じたとき</li> <li>・連帯保証人、身元引受人又は返還金受取人(以下「連帯保証人等」という)が、反社会的勢力に該当しているとき。ただし、設置者が入居者へ連帯保証人等を変更するよう求め、入居者がこれに応じたときは該当させないことがある。</li> </ul> |           |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項  | 入居契約書第27条 |
|                    | 解約予告期間  | 6ヶ月       |
| 入居者からの解約予告期間       | 1ヶ月   |           |
| 体験入居の内容            | <p>1 あり<br/>(内容：当該居室に空きのある場合体験入居が可能です。<br/>1泊2食付き 10,000円(消費税込 11,000円)です。)</p> <p>2 なし</p>   |           |
| 入居定員               | 116名  |           |
| その他                | <p>連帯保証人・身元引受人・返還金受取人の役割を担う方をお一人ずつ定めていただきます。それぞれの役割は、兼ねることができます。</p> <p>連帯保証人：入居者とともに金銭債務を履行する責任<br/>身元引受人：入居者の生活に関し、事業所との連絡・協議及び入居者の身柄の引き取り<br/>返還金受取人：返還金が生じた場合の受取<br/>(ペットの飼育)<br/>別途誓約書を提出のうえ飼育が可能です。</p>   |           |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

(2023年7月1日現在)

|   | 職務内容                      | 職員数 (実人数) |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|---|---------------------------|-----------|----|-----|----------------|
|   |                           | 合計        | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者   | 事業所の従業員の管理及び業務の管理         | 1         | 1  |     |                |
| 生活相談員   | 入居者等からの相談、関係各所との連絡調整等     |           |    |     |                |
| 直接処遇職員  |                           |           |    |     |                |
| 介護職員  | 適切な介護サービスの提供              |           |    |     |                |
| 看護職員  | 入居者の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護 | 1         |    | 1   |                |
| 機能訓練指導員   | 身体機能の減退防止のための訓練の指導        |           |    |     |                |
| 計画作成担当者   | サービス計画の作成                 |           |    |     |                |
| 栄養士   | 献立の作成、入居者の栄養指導、調理員の指導等    | 1         |    | 1   |                |
| 調理員   | 献立に基づく、調理及び配膳             | 10        | 3  | 7   |                |
| 事務員   | 必要な事務手続き                  | 1         |    | 1   |                |
| その他職員   | その他業務全般                   | 10        | 2  | 8   |                |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2  |                           |           |    |     | 40時間           |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の数に換算した人数をいう。 |                           |           |    |     |                |
| ※2 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。  |                           |           |    |     |                |

(資格を有している介護職員の人数)

|               | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|---------------|----|----|-----|
| 社会福祉士         |    |    |     |
| 介護福祉士         |    |    |     |
| 実務者研修の修了者     |    |    |     |
| 介護職員初任者研修の修了者 |    |    |     |
| 介護支援専門員       |    |    |     |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|-------------|----|----|-----|
| 看護師及び准看護師   |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 ( 時 ~ 時) |      |                 |
|-------------------|------|-----------------|
|                   | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員              |      |                 |
| 介護職員              |      |                 |

(特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<br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率<br>※<br>【表示事項】          | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|   | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | : 1  |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

|   |            |   |
|---|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 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           | 他の職務との兼務        |        | 1 あり 2 なし |     |           |     |         |     |         |     |
|               | 業務に係る資格等        | 1 あり   |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               |                 | 資格等の名称 |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               |                 | 2 なし   |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               | 看護職員            |        | 介護職員      |     | 生活相談員     |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|               | 常勤              | 非常勤    | 常勤        | 非常勤 | 常勤        | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数   |                 |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数   |                 |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
| 職員<br>の<br>人数 | 業務に従事した経験年数に応じた | 1年未満   |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               |                 | 1年以上   |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               |                 | 3年未満   |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               |                 | 3年以上   |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               |                 | 5年未満   |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               |                 | 5年以上   |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               |                 | 10年未満  |           |     |           |     |         |     |         |     |
|               | 10年以上           |        |           |     |           |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況 |                 |        |           |     | 1 あり 2 なし |     |         |     |         |     |

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

|                                |   |  |  |
|--------------------------------|---|--|--|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】              | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式<br><input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式  |  |  |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | 1 全額前払い方式   |  |  |
|                                | 2 一部前払い・一部月払い方式   |  |  |
|                                | <input type="checkbox"/> 3 月払い方式  |  |  |
|                                | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択  | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式<br><input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式<br><input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |  |
| 年齢に応じた金額設定                     | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |  |  |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし  |  |  |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | <input type="checkbox"/> 1 減額なし<br><input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額<br><input type="checkbox"/> 3 不在期間が6ヶ月以上の場合に限り、管理費については7ヶ月目より半額（お二人の場合はお一人分）となります。 |  |  |
| 利用料金<br>の改定                    | 条件<br>手続き   | 所在地の自治体等が発表する消費者物価指数及び人件費、近隣同種の家賃、費用額、その原価の上昇等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で行います。   |  |

### (利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

|                |                  | プラン1  | プラン2  |   |
|----------------|------------------|---|---|---|
| 入居者の状況         | 要介護度             | 自立  |   |   |
|                | 年齢               | 80歳   | 歳   |   |
| 居室の状況          | 床面積              | 55.90㎡  | ㎡   |   |
|                | 便所               | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |   |
|                | 浴室               | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |   |
|                | 台所               | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 |   |
| 入居時点で必要な<br>費用 | 前払金              | — 円   | 円   |   |
|                | 敷金               | 474,000 円   | 円   |   |
| 月額費用の合計        |                  | 314,270 円<br>(消費税込 324,510 円)                             | 円   |   |
| 家賃             |                  | 158,000 円   | 円   |   |
| サービス費用※2       | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |   | — 円   |   |
|                | 介護保険外            | 食費※1  | 72,270 円<br>(消費税込 79,110 円)                               | 円 |
|                |                  | 管理費※2   | 84,000 円<br>(消費税込 87,400 円)                               | 円 |
|                |                  | 介護費用※3  | — 円   | 円 |
|                |                  | 光熱水費  | 実費  | 円 |
|                |                  | その他   | — 円   | 円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

\*1 1ヶ月を30日とし、全食注文した場合の金額です。お支払いは注文した分のみとなります。

朝食：571円（消費税込616円※）

昼食：763円（消費税込839円※）

夕食：1,075円（消費税込1,182円※）

※有料老人ホームにおける食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税率については、一食640円以下、一日累計額1,920円に達するまでは、軽減税率（8%）の対象となります。

\*2 管理費は、下表のとおりとなります。

|      |       | （お一人）   | （お二人）    |
|------|-------|---------|----------|
| 管理費  |       | 87,400円 | 131,100円 |
| （内訳） | 共益費相当 | 50,000円 | 75,000円  |
|      | その他使途 | 34,000円 | 51,000円  |
|      | 消費税   | 3,400円  | 5,100円   |

\*3 介護保険サービスの自己負担額は含みません。

その他、利用料以外に必要な利用料

- ・駐車場使用料（月額使用：個人用） 月額 9,000円（消費税込9,900円）／台
- ・入居者の個別的な選択による個別的なサービスが発生する場合は、都度利用料が発生します。

#### （利用料金の算定根拠）

| 項目                   | 算定根拠  |
|----------------------|---|
| 月額家賃（月払い方式のみ）        | 居室及び共用部等を利用するための費用相当額                                       |
| 敷金（月払い方式のみ）          | 月額家賃の3ヶ月相当額   |
| 介護費用                 | 法令で定める人員配置基準を超えて配置をする介護人員に係る人件費相当額<br>※介護保険サービスの自己負担費用は含まない |
| 管理費                  | 共益費相当：共用部等の維持管理費<br>その他使途：リビングデザインの人件費及び上記に係る備品、消耗品費        |
| 食費                   | 食事提供に必要な食材料費及び人件費に係る費用相当額                                   |
| 光熱水費                 | 居室の電気・水道に係る費用相当額  |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2<br>人件費を勘案したサービスごとの価格設定                                  |
| 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の算定根拠）

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 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。                        |      |

(前払金の受領) ※前払い金を受領していない場合は省略可能

|                                      |                 |                   |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------|
| 想定居住期間 (償還年月数)                       |                 |                   |
| 償却の開始日                               |                 |                   |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額) |                 |                   |
| 初期償却率                                |                 |                   |
| 返還金の算定方法                             | 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 (名称 : )     |

## 7 入居者の状況

(入居者の人数)

(2023 年 7 月 1 日現在)

|       |               |      |
|-------|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 20 人 |
|       | 女性            | 47 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 0 人  |
|       | 65 歳以上 75 歳未満 | 3 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 31 人 |
|       | 85 歳以上        | 33 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 46 人 |
|       | 要支援 1         | 10 人 |
|       | 要支援 2         | 2 人  |
|       | 要介護 1         | 5 人  |
|       | 要介護 2         | 2 人  |
|       | 要介護 3         | 1 人  |
|       | 要介護 4         | 1 人  |
|       | 要介護 5         | 0 人  |
| 入居期間別 | 6 か月未満        | 2 人  |
|       | 6 か月以上 1 年未満  | 8 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 10 人 |
|       | 5 年以上 10 年未満  | 12 人 |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 15 人 |
|       | 15 年以上        | 20 人 |

(入居者の属性)

|  |                   |
|--|-------------------|
| 平均年齢   | 84.8 歳            |
| 入居者数の合計  | 67 人              |
| 入居率※   | 57.8% (契約率 91.4%) |
| ※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |                   |

(前年度における退去者の状況)

|         |          |              |
|---------|----------|--------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等      | 2人           |
|         | 社会福祉施設   | 0人           |
|         | 医療機関     | 0人           |
|         | 死亡者      | 1人           |
|         | その他      | 1人           |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 0人           |
|         |          | (解約事由の例)     |
|         | 入居者側の申し出 | 3人           |
|         |          | (解約事由の例) 自宅等 |

8. 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) ※4カ所以上の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

|          |       |  |
|----------|-------|--|
| 窓口の名称    |       | ブランシエール浦和                                |
| 電話番号     |       | 048-865-2811                             |
| 対応している時間 | 平日    | 午前9時00分～午後5時30分                          |
|          | 土曜日   | 午前9時00分～午後5時30分                          |
|          | 日曜・祝日 | 午前9時00分～午後5時30分                          |
| 定休日      |       | —<br>ただし事情により即時に対応できない場合は後日回答となることがあります。 |
| 窓口の名称    |       | 本社 ご入居者相談窓口                              |
| 電話番号     |       | 0120-045-485                             |
| 対応している時間 | 平日    | 午前10時00分～午後5時00分                         |
|          | 土曜日   | —  |
|          | 日曜・祝日 | —  |
| 定休日      |       | 土・日・祝日                                   |
| 窓口の名称    |       | 本社 個人情報管理係                               |
| 電話番号     |       | 0120-045-485                             |
| 対応している時間 | 平日    | 午前10時00分～午後5時00分                         |
|          | 土曜日   | —  |
|          | 日曜・祝日 | —  |
| 定休日      |       | 土・日・祝日                                   |
| 窓口の名称    |       | さいたま市南区役所高齢介護課高齢福祉係                      |
| 電話番号     |       | 048-844-7177                             |
| 対応している時間 | 平日    | 午前8時30分～午後5時15分                          |
|          | 土曜日   | —  |
|          | 日曜・祝日 | —  |
| 定休日      |       | 土・日・祝日/12月29日～翌年1月3日                     |

|          |                            |                         |
|----------|----------------------------|-------------------------|
| 窓口の名称    | さいたま市 保健福祉局 長寿応援部 介護保険課    |                         |
| 電話番号     | 048-829-1265               |                         |
| 対応している時間 | 平日                         | 午前8時30分～午後5時15分         |
|          | 土曜日                        | —                       |
|          | 日曜・祝日                      | —                       |
| 定休日      | 土・日・祝日/12月29日～翌年1月3日       |                         |
| 窓口の名称    | 公益社団法人全国有料老人ホーム協会          |                         |
| 電話番号     | 03-3548-1077               |                         |
| 対応している時間 | 平日                         | 月・水・金 午前10時～午後5時        |
|          | 土曜日                        | —                       |
|          | 日曜・祝日                      | —                       |
| 定休日      | 火・木・土・日・祝日・年末年始            |                         |
| 窓口の名称    | 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係 |                         |
| 電話番号     | 048-824-2568 (苦情相談専用)      |                         |
| 対応している時間 | 平日                         | 午前8時30分～正午12時、午後1時～午後5時 |
|          | 土曜日                        | —                       |
|          | 日曜・祝日                      | —                       |
| 定休日      | 12月29日～翌年1月3日              |                         |

(事故発生時等の対応方法)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 事故発生時の対応方法               | 万一事故等が発生した場合には、事故防止・対応マニュアルに基づき、応急措置、家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、速やかに主治医または119番に連絡をとる等、必要な措置を講じます。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。 |
| 利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法 | 緊急対応マニュアルと医師の指示にもとづき、対応します   |

(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                 | 1 あり                        | (その内容)<br>サービス提供にあたっては、施設賠償責任保険等に加入しています。万が一事故が発生し、入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して、加入している保険により損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることがあります。 |
|                               | 2 なし                        |   |
| 介護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 | 1 あり                        | (その内容)<br>事故防止・対応マニュアルにもとづき対応します。   |
|                               | 2 なし                        |   |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 あり                        | 2 なし  |
|                               | 職員研修の実施 (年1回) 委員会の実施 (年12回) |   |

|   |     |
|---|-----|
| 指針の策定、再発防止を目的とする職員への周知、委員会及び研修の実施を適切に実施するための担当者（役職） | 管理者 |
|---|-----|

（非常災害対策）

|   |                               |      |
|---|-------------------------------|------|
| 非常災害に対する具体的計画<br>（消防計画・風水害、地震等に対処するための計画） | 1 あり      2 なし                |      |
|   | （内容）<br>緊急対応マニュアルにもとづき、対応します。 |      |
| 避難訓練の実施                                   | 1 あり（年2回）      2 なし           |      |
| 業務（事業）継続計画の策定の有無                          | 1 あり                          | 2 なし |
|   | 職員研修の実施（年2回）      訓練の実施（年2回）  |      |
| 感染予防及びまん延防止のための対策の有無                      | 1 あり                          | 2 なし |
|   | 職員研修の実施（年1回）      訓練の実施（年1回）  |      |

（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 | 1 あり | 実施日    | 2022年3月        |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり      2 なし |
|                                  | 2 なし |        |                |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 あり | 実施日    | 2018年2月9日      |
|                                  |      | 評価機関名称 | 株式会社ケアシステムズ    |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり      2 なし |
|                                  | 2 なし |        |                |

9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |            |            |           |
|----------|------------|------------|-----------|
| 入居契約書の雛形 | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |

10. その他

|                |   |                            |                |
|----------------|---|----------------------------|----------------|
| 運営懇談会          | 1 あり  | （開催頻度） 年4回以上               |                |
|                |   | テレビ電話装置その他の情報通信機器を用いた実施の有無 | 1 あり      2 なし |
|                | 2 なし  |                            |                |
|                | 1 代替措置あり  | （内容）                       |                |
|                | 2 代替措置なし  |                            |                |
| 施設利用に当たっての留意事項 | 事業所の利用に当たっては、当該有料老人ホームの管理規程の内「居室等の使用細則」、「共用部等の利用細則」等に従って対応していただきます。 |                            |                |

|  |  |
|--|--|
| 緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合の手続き                       | 原則として、「緊急やむを得ない場合」※に該当する以外は身体拘束を実施しないことを前提とします。<br>「緊急やむを得ない場合」に該当する場合は、入居者、家族の同意のもと、実施します。身体拘束を実施している際の観察と記録を行い、適宜、家族への報告を行います。身体拘束は、「緊急やむを得ない場合」に該当しなくなった場合には中止します。<br>※「切迫性」「非代替性」「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されるケース  |
| 虐待防止のための措置                                       | 利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるよう努めるものとする。<br>一 虐待防止に関する責任者の選定及び設置<br>二 成年後見制度の利用支援<br>三 苦情解決体制の整備<br>四 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施  |
| ※介護に直接携わる職員に対する、認知症介護基礎研修を受講させるための対応             | 無資格の従業者については、会社指示にて受講を必須とする。   |
| ホームにおけるハラスメントの規定                                 | 1 あり 2 なし<br>担当窓口：社内相談窓口<br>周知方法：掲示  |
| プライバシーポリシー、個人情報保護規程等                             | 1 あり 2 なし<br>(内容) プライバシーポリシーについては、ホームページを参照ください。<br><br>個人情報の保護<br>・入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守します。<br>・設置者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえた入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持します。<br>・設置者は、職員の退職後も上記の秘密を保持する雇用契約とします。<br>・設置者は、会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて入居者及び家族等の同意を得ます。 |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名：ブランシエール南浦和<br>ブランシエールケア武蔵浦和 他)<br>2 なし  |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | 1 あり 2 なし<br>3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要  |
| 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 | 1 あり 2 なし  |
| 有料老人ホーム設置運営指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項                | 1 あり 2 なし  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 合致しない事項がある場合の内容            |  |
| 「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない   |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項      |  |
| 不適合事項がある場合の内容              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・有料老人ホーム事業の用に供する土地及び建物には、有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権その他有料老人ホームとして利用を制限するおそれのある権利が存しないこととしているが、本件の土地建物には抵当権が設定されている。</li> <li>・住宅型有料老人ホームの居室のある区域の廊下幅は、本施設の場合、有効幅で1.4m以上とすべきところ、壁芯幅で1.4mである。</li> <li>・有料老人ホームは、建築基準法上の建物用途を有料老人ホーム等とすべきところ共同住宅となっている。</li> </ul> |

※看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第八条第二項に規定する政令で定める者等の資格を有するものその他これに類する者を除く。

添付書類：

別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

★ 私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

※ \_\_\_\_\_

※ \_\_\_\_\_

説明年月日                      年    月    日

説明者署名 \_\_\_\_\_

浦和一重説—230701

別添1 事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |     |     | 事業所の名称         | 所在地                  |
|----------------------|-----|-----|----------------|----------------------|
| <居宅サービス>             |     |     |                |                      |
| 訪問介護                 | あり  | ○なし |                |                      |
| 訪問入浴介護               | あり  | ○なし |                |                      |
| 訪問看護                 | あり  | ○なし |                |                      |
| 訪問リハビリテーション          | あり  | ○なし |                |                      |
| 居宅療養管理指導             | あり  | ○なし |                |                      |
| 通所介護                 | あり  | ○なし |                |                      |
| 通所リハビリテーション          | あり  | ○なし |                |                      |
| 短期入所生活介護             | あり  | ○なし |                |                      |
| 短期入所療養介護             | あり  | ○なし |                |                      |
| 特定施設入居者生活介護          | ○あり | なし  | ブラジエール南浦和 他6箇所 | さいたま市南区南本町<br>1-4-12 |
| 福祉用具貸与               | あり  | ○なし |                |                      |
| 特定福祉用具販売             | あり  | ○なし |                |                      |
| <地域密着型サービス>          |     |     |                |                      |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護       | あり  | ○なし |                |                      |
| 夜間対応型訪問介護            | あり  | ○なし |                |                      |
| 認知症対応型通所介護           | あり  | ○なし |                |                      |
| 小規模多機能型居宅介護          | あり  | ○なし |                |                      |
| 認知症対応型共同生活介護         | あり  | ○なし |                |                      |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | あり  | ○なし |                |                      |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり  | ○なし |                |                      |
| 複合型サービス              | あり  | ○なし |                |                      |
| 居宅介護支援               | あり  | ○なし |                |                      |
| <居宅介護予防サービス>         |     |     |                |                      |
| 介護予防訪問介護             | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防訪問入浴介護           | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防訪問看護             | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防訪問リハビリテーション      | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防居宅療養管理指導         | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防通所介護             | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防通所リハビリテーション      | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防短期入所生活介護         | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防短期入所療養介護         | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防特定施設入居者生活介護      | ○あり | なし  | ブラジエール南浦和 他6箇所 | さいたま市南区南本町<br>1-4-12 |
| 介護予防福祉用具貸与           | あり  | ○なし |                |                      |
| 特定介護予防福祉用具販売         | あり  | ○なし |                |                      |
| <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       | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護      | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護     | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護予防支援               | あり  | ○なし |                |                      |
| <介護保険施設>             |     |     |                |                      |
| 介護老人福祉施設             | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護老人保健施設             | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護療養型医療施設            | あり  | ○なし |                |                      |
| 介護医療院                | あり  | ○なし |                |                      |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 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 |                             |    |                | ○なし              | あり |    |    |              |
|----------------------------------|-----------------------------|----|----------------|------------------|----|----|----|--------------|
|                                  | 管理費等で、実施するサービス<br>(利用者一部負担) |    | 備考             | 個別の利用料で、実施するサービス |    |    |    |              |
|                                  | なし                          | あり |                | (利用者が全額負担)       |    | 包含 | 都度 | 料金           |
|                                  |                             |    |                | なし               | あり |    |    |              |
| <b>&lt;介護サービス&gt;</b>            |                             |    |                |                  |    |    |    |              |
| 巡回・安否確認                          |                             |    |                |                  |    |    |    |              |
| 昼間 (9:00-17:00)                  |                             | ○  | 1日1回 (ボード)     | ○                |    |    |    |              |
| 夜間 (17:00-9:00)                  |                             | ○  | 1日1回 (緊急時)     | ○                |    |    |    |              |
| 食事介助 (形態対応)                      | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 実費           |
| 排泄介助・おむつ交換                       | ○                           |    |                | ○                |    |    |    |              |
| おむつ代                             |                             |    |                |                  | ○  |    | ○  | 実費           |
| 入浴 (一般浴) 介助・清拭                   | ○                           |    |                |                  |    |    |    |              |
| 特浴介助                             | ○                           |    |                |                  |    |    |    |              |
| 身辺介助 (移動・着替え等)                   | ○                           |    |                |                  |    |    |    |              |
| 体位交換                             | ○                           |    |                |                  |    |    |    |              |
| 機能訓練                             | ○                           |    |                |                  |    |    |    |              |
| 生活リハビリ                           | ○                           |    |                |                  |    |    |    |              |
| 通院介助 (病院一覧表内)                    |                             | ○  | 初回のみ           |                  | ○  |    | ○  | 再診時10分350円   |
| 通院介助 (病院一覧表外)                    | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 緊急時対応                            |                             | ○  | 随時             | ○                |    |    |    |              |
| <b>&lt;生活サービス&gt;</b>            |                             |    |                |                  |    |    |    |              |
| 居室清掃                             | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 外出同行                             | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| リネン交換                            | ○                           |    |                | ○                |    |    |    |              |
| 日常の洗濯                            | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 環境整備                             |                             | ○  | 病気時のみ (目安10日間) | ○                |    |    |    |              |
| 居室配膳・下膳                          |                             | ○  | 病気時のみ (目安10日間) |                  | ○  |    | ○  | 1回350円       |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                             |    |                | ○                |    |    |    |              |
| おやつ                              |                             |    |                | ○                |    |    |    |              |
| 理美容師による理美容サービス                   |                             |    |                | ○                |    |    |    |              |
| 買い物代行 (通常の利用区域)                  | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 買い物代行 (上記以外の区域)                  | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 役所手続き代行                          | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 支払い代行 (立替払い)                     |                             | ○  | フロント対応のみ       |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 新聞・郵便物等の管理                       |                             | ○  | 不在時のみ          |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 代筆・代読                            | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| ペットの世話                           | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 貴重品類の保管                          |                             | ○  | 入院、判断力低下等の場合   |                  | ○  |    | ○  | 1回350円       |
| <b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>          |                             |    |                |                  |    |    |    |              |
| バイタルチェック                         | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 健康診断のご案内                         |                             | ○  |                | ○                |    |    |    |              |
| 健康相談                             |                             | ○  | 随時             | ○                |    |    |    |              |
| 生活指導・栄養指導                        |                             | ○  | 随時             | ○                |    |    |    |              |
| 服薬支援                             | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等)                | ○                           |    |                | ○                |    |    |    |              |
| <b>入退院時・入院中のサービス</b>             |                             |    |                |                  |    |    |    |              |
| 移送サービス                           | ○                           |    |                | ○                |    |    |    |              |
| 入退院時の同行 (病院一覧表内)                 |                             | ○  | 必要時            | ○                |    |    |    |              |
| 入退院時の同行 (病院一覧表外)                 | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |
| 入院中の買い物                          | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 上記、買物代行に準じる  |
| 入院中の見舞い訪問 (洗濯物交換含む) (病院一覧表内)     |                             | ○  | 週1回            |                  | ○  |    | ○  | 週2回以上10分350円 |
| 入院中の見舞い訪問 (洗濯物交換含む) (病院一覧表外)     | ○                           |    |                |                  | ○  |    | ○  | 10分350円      |

※上記は、本体価格表記です。  
別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
・350円(消費税込385円)