

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 平成30年6月1日 |
| 記入者名 | 鈴木 浩美 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|------------------------------------|--------------|
| 種類 | 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 医療法人 |
| 名称 | (ふりがな) いりょうほうじん こうぶんかい 医療法人 好文会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒366-0811 埼玉県深谷市人見1975番地 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-573-0381 |
| | FAX番号 | 048-574-6868 |
| | ホームページアドレス | |
| 代表者 | 氏名 | 門倉 由幸 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | 昭和51年11月18日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別の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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく あねとすほーむかみしば サービス付き高齢者向け住宅 あねとすホーム上柴 | |
| 所在地 | 〒366-0051 埼玉県深谷市上柴町東1丁目16番地8 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR高崎線 深谷駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 自動車利用の場合 最寄駅から10分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 048-598-3311 |
| | FAX番号 | 048-598-3372 |
| | ホームページアドレス | |
| 管理者 | 氏名 | 鈴木 浩美 |
| | 職名 | 管理者 |
| 建物の竣工日 | 昭和・平成29年 8月21日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成30年 2月 1日 | |

| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室 | | | | |
|--|--|--|----------------------|-------|---------|-----|
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | | 1 人部屋 | | |
| | 最大 | | 2 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| タイプ1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 20.28 m ² | 13 | 介護居室個室 | |
| タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 30.43 m ² | 2 | 介護居室相部屋 | |
| タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 28.98 m ² | 1 | 介護居室相部屋 | |
| タイプ4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 28.98 m ² | 1 | 介護居室相部屋 | |
| ※「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 | 1ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 0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"/> 1 あり 2 なし | | | | | |
| 入居者や家族が利 用できる調理設備 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | | |
| エレベーター | 1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし | | | | | |
| 消防用設備 等 | 消火器 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| | 自動火災報知設備 | <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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| | 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| その他 | リネン室・収納 | | | | | |

4. 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に支援します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | 1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 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"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|---|------|------------------|
| 医療支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 ※複数選択可 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | あねとす病院 |
| | | 住所 | 埼玉県深谷市人見1975番地 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 診療科目 | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | | |
| | 住所 | | |
| | 協力内容 | | |

(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 | 1 一時介護室へ移る場合 |
| ※複数選択可 | 2 介護居室へ移る場合 |
| | 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | |

| | | |
|------------------|--|--------------|
| 手続きの内容 | ①医師の意見を聞く ②3か月間の観察期間を置く ③本人及び身元引受人の同意を得る | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 住み替え後の居室に移行 | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし |
| | その他の変更 | 1 あり 2 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"/> 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | 60歳以上または要支援・要介護の者 | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書第11条(施設側)第12条(入居者側)による | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第11条による |
| | 解約予告期間 | 相当の期間 |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日間 | |
| 体験入居の内容 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 入居定員 | 21人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 3 | 1 | 2 | |
| 看護職員 | 2 | | 2 | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人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 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 1 | 2 |
| 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 | | | |
| 柔道整復士 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (17 時～ 8 時) | | |
|-----------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 1 人 | 1 人 |

(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 | | 介護支援専門員・介護福祉士 | | | | | | | |
| | | | 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 | | | | | | | | | | |
| 応じた職員の人数 | 業務に従事した経験年数に | 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 【表示事項】 | 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【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 ※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 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 利用料金(月払い)の取扱い | <input type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 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 |
| | 手続き | 協議 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)(一人で入居した場合)

| | | プラン1 | プラン2 |
|---|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護1 | 要介護1 |
| | 年齢 | 75歳 | 75歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 20.28 m ² | 30.43 m ² |
| | 便所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 浴室 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| | 台所 | 1 有 2 無 | 1 有 2 無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | なし | なし |
| | 敷金 | 58,000円 | 78,000円 |
| 月額費用の合計 | | 143,360円 | 166,860円 |
| 家賃 | | 58,000円 | 78,000円 |
| 共益費 | | 15,000円 | 18,500円 |
| 水道光熱費 | | 共益費に含む | 共益費に含む |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | なし |
| | ※2 介護保険外 | 食費 | 45,360円 |
| | | 生活支援サービス費 | 25,000円 |
| | | その他 | 都度払いサービスあり |
| | | 都度払いサービスあり | 都度払いサービスあり |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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)</p> | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|-----------|---|
| 家賃 | 近隣相場を勘案して算定 |
| 共益費 | 共用施設の維持管理費、水道光熱費により算定 |
| 敷金 | 家賃の1ヶ月分 |
| 食費 | 朝食 432円、昼食 540円、夕食 540円 |
| 生活支援サービス費 | 人件費等による。 |
| その他 | 人件費等による。 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 サービス内容・費用は別添2による。 |

7. 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 | 人 |
| | 女性 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 人 |
| | 85歳以上 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 人 |
| | 要支援 1 | 人 |
| | 要支援 2 | 人 |
| | 要介護 1 | 人 |
| | 要介護 2 | 人 |
| | 要介護 3 | 人 |
| | 要介護 4 | 人 |
| | 要介護 5 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 人 |
| | 6ヶ月以上 1年未満 | 人 |
| | 1年以上 5年未満 | 人 |
| | 5年以上 10年未満 | 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 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 人 |
| 入居率※ | % |
| ※ 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 | | 人 |
| | 社会福祉施設 | | 人 |
| | 医療機関 | | 人 |
| | 死亡者 | | 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) | |

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) ※複数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 | | あねとすホーム上柴 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | | 048-598-3311 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日、12/30~1/4、8/13~8/15 |
| 窓口の名称 | | 埼玉県福祉部高齢者福祉課 |
| 電話番号 | | 048-830-3254 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日、12/29~1/3 |
| 窓口の名称 | | 埼玉県都市整備部住宅課 |
| 電話番号 | | 048-830-5562 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:15 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 土曜、日曜、祝日、12/29~1/3 |

| | | |
|----------|-------|-------------------------|
| 窓口の名称 | | 深谷市消費生活センター |
| 電話番号 | | 048-574-6633 |
| 対応している時間 | 平日 | 10:00～12:00 13:00～16:00 |
| | 土曜 | |
| | 日曜・祝日 | |
| 定休日 | | 火曜、土曜、日曜、祝日、年末年始 |
| 窓口の名称 | | 埼玉県消費生活支援センター熊谷 |
| 電話番号 | | 048-524-0999 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～16:00 |
| | 土曜 | 9:00～16:00 |
| | 日曜・祝日 | |
| 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 | 1 あり | (その内容) 加入予定 |
| | 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) |
| | 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 |

(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 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 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 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|---|--------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 1 回 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| | <input type="checkbox"/> 1 代替措置あり | (内容) |
| | <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | <input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |

| | |
|---|---|
| 有料老人ホーム設置運営指導 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 該当なし |
| 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） 2 適合している（将来の改善計画） 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 | なし |
| 不適合事項がある場合の内 容 | |

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）

※ _____様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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 | あねとす訪問介護 | 深谷市人見1975番地 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | あねとす訪問入浴 | 深谷市人見1975番地 |
| 訪問看護 | あり | なし | あねとす訪問看護ステーション | 深谷市人見1975番地 |
| 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 | あねとす病院 | 深谷市人見1975番地 |
| 通所介護 | あり | なし | あねとすデイサービストレーニングセンター | 深谷市上野台3180番地1 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 介護療養型老人保健施設アルメリア | 深谷市人見2031番地 |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 短期入所生活介護ゆかりの家 | 深谷市人見2051番地1 |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 介護老人保健施設あねとす | 深谷市人見1975番地 |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 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・随時対応型訪問介護看護 | 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 | あねとす生きいきデイサービス上柴 | 深谷市上柴町東1丁目16番地8 |
| 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 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 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 | あねとす訪問介護 | 深谷市人見1975番地 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | あねとす訪問入浴 | 深谷市人見1975番地 |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | あねとす訪問看護ステーション | 深谷市人見1975番地 |
| 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 | あねとす病院 | 深谷市人見1975番地 |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | あねとすデイサービストレーニングセンター | 深谷市上野台3180番地1 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 介護療養型老人保健施設アルメリア | 深谷市人見2031番地 |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 短期入所生活介護ゆかりの家 | 深谷市人見2051番地1 |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 介護老人保健施設あねとす | 深谷市人見1975番地 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 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 | あねとす生きいきデイサービス上柴 | 深谷市上柴町東1丁目16番地8 |
| 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 | 介護療養型老人保健施設アルメリア | 深谷市人見2031番地 |
| 介護療養型医療施設 | 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 | | 個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担) | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備考 |
|----------------------------------|----|--------------------------------|----|------|------|------|--------------|
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | | | | |
| おむつ代 | | | | | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | | | | |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | | | | |
| 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 | なし | あり | なし | | | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | | | | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | | ○ | | 生活支援サービス費を含む |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | | ○ | | 生活支援サービス費を含む |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | | ○ | なし | |

※1：利用者の所得等に依りて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に依りて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。