

## 重要事項説明書

|       |  |
|-------|--|
| 記入年月日 |  |
| 記入者名  |  |
| 所属・職名 |  |

### 1. 事業主体概要

|            |                                   |              |
|------------|-----------------------------------|--------------|
| 種類         | 個人／法人                             |              |
|            | ※法人の場合、その種類                       | 営利法人         |
| 名称         | (ふりがな)かぶしきがいしゃ ういんざー<br>株式会社ウインザー |              |
| 主たる事務所の所在地 | 〒369-1241<br>埼玉県深谷市武蔵野 2405-1     |              |
| 連絡先        | 電話番号                              | 048-579-0170 |
|            | FAX 番号                            | 048-579-0172 |
|            | ホームページアドレス                        |              |
| 代表者        | 氏名                                | 小島 孝司        |
|            | 職名                                | 代表取締役        |
| 設立年月日      | 昭和・平成 21 年 3 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)びっぐべんめいふえあ<br>ビッグベンメイフェア |                    |
| 所在地      | 〒366-0033<br>埼玉県深谷市国済寺 334-4   |                    |
| 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                      | 1 深谷駅から徒歩で 20 分    |
| 連絡先      | 電話番号                           | 048-501-6833       |
|          | FAX 番号                         | 048-501-6899       |
|          | ホームページアドレス                     |                    |
| 管理者      | 氏名                             | 小林 千津子             |
|          | 職名                             | 管理者                |
|          | 建物の竣工日                         | 昭和・平成 28 年 3 月 1 日 |
|          | 事業の開始日                         | 昭和・平成 28 年 3 月 1 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

### 3. 建物概要

|         |                |   |   |        |       |        |
|---------|----------------|---|---|--------|-------|--------|
| 土地      | 敷地面積           | 1,566㎡                                    |   |        |       |        |
|         | 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<br>(2015年10月31日～平成2035年10月31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  | 993.12㎡                                     |        |       |        |
|         |                | うち、老人ホーム部分                                | 630.43㎡                                     |        |       |        |
|         | 耐火構造           | 1 耐火建築物                                   |   |        |       |        |
|         |                | 2 準耐火建築物                                  |   |        |       |        |
|         |                | 3 その他( )                                  |   |        |       |        |
|         |                | 4 その他( )                                  |   |        |       |        |
|         | 構造             | 1 鉄筋コンクリート造                               |   |        |       |        |
|         |                | 2 鉄骨造                                     |   |        |       |        |
|         |                | 3 木造                                      |   |        |       |        |
|         |                | 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   |   |   |        |       |        |
|         | 抵当権の設定         | 1 あり 2 なし                                 |   |        |       |        |
|         | 契約期間           | 1 あり<br>(2015年10月31日～2035年10月31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                                    |   |        |       |        |
|         |                | 2 相部屋あり                                   |   |        |       |        |
|         |                | 最少  | 1人部屋  |        |       |        |
|         |                | 最大  |   |        |       |        |
|         |                | トイレ                                       | 浴室  | 面積     | 戸数・室数 | 区分※    |
|         | タイプ1           | 有/無                                       | 有/無   | 18.83㎡ | 20    | 一般居室個室 |
|         | タイプ2           | 有/無                                       | 有/無   | ㎡      |       |        |
|         | タイプ3           | 有/無                                       | 有/無   | ㎡      |       |        |
|         | タイプ4           | 有/無                                       | 有/無   | ㎡      |       |        |
|         | タイプ5           | 有/無                                       | 有/無   | ㎡      |       |        |
|         | タイプ6           | 有/無                                       | 有/無   | ㎡      |       |        |
|         | タイプ7           | 有/無                                       | 有/無   | ㎡      |       |        |
|         | タイプ8           | 有/無                                       | 有/無   | ㎡      |       |        |
|         |                |   |   |        |       |        |
|         |                |   |   |        |       |        |

※「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  | 2ヶ所       | うち男女別の対応が可能な便房  | 1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  | 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               | 1 あり 2 なし   |           |                 |     |
| 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり 2 なし   |           |                 |     |
| エレベーター           | 1 あり(車椅子対応)<br>2 あり(ストレッチャー対応)<br>3 あり(上記1・2に該当しない)<br>4 なし |           |                 |     |
| 消防用設備等           | 消火器   | 1 あり 2 なし |                 |     |
|                  | 自動火災報知設備  | 1 あり 2 なし |                 |     |
|                  | 火災通報設備  | 1 あり 2 なし |                 |     |
|                  | スプリンクラー   | 1 あり 2 なし |                 |     |
|                  | 防火管理者   | 1 あり 2 なし |                 |     |
|                  | 防災計画  | 1 あり 2 なし |                 |     |
| その他              |   |           |                 |     |

#### 4. サービスの内容 (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | 利用者様が可能な限り、日常生活を営む事が出来るように、さらには社会的孤独感を解消し、心身機能を維持できるように、必要な援助、介護及びその他支援を、ご利用者様の選択に基づき実施します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者様の個別的な選択により介護サービスを受けることが出来ます。  |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | 1 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 食事の提供           | 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 3 なし  |
| 健康管理の供与         | 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  | 1 自ら実施 2 委託 3 なし  |
| 生活相談サービス        | 1 自ら実施 2 委託 3 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<br>2 入退院の付き添い<br>3 通院介助<br>4 その他( 定期往診 ) |      |                      |
| 協力医療機関         | 1   | 名称   | 特定医療法人 好分会 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・整形外科・神経内科・糖尿病・皮膚科 |
|                |   | 協力内容 | 定期往診・診療相談            |

|          |   |      |  |
|----------|---|------|--|
|          | 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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他(入居者様の身体状況の変化等により、ご本人の意思を確認) |           |
| 判断基準の内容                  | ご本人の希望及び健康・身体状況の変更により相談  |           |
| 手続きの内容                   | 居室番号の変更  |           |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり 2 なし  |           |
| 居室賃借権の取扱い                |  |           |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり 2 なし  |           |
| 従前の居室との<br>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<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               |   |               |
| 契約の解除の内容           | 本契約書第 11 条に記載                           |               |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                    | 本契約書第 11 条に記載 |
|                    | 解約予告期間                                  | 30 日前         |
| 入居者からの解約予告期間       | 30 日前                                   |               |
| 体験入居の内容            | 1 あり(内容: 一泊二日 3 食付 3,500 円 税込み)<br>2 なし |               |
| 入居定員               | 20 人                                    |               |
| その他                |   |               |

## 5. 職員体制

### (職種別の職員数)

|         | 職員数(実人数) |    |     |
|---------|----------|----|-----|
|         | 合計       | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者     | 1        |    | 1   |
| 生活相談員   | 1        |    | 1   |
| 直接処遇職員  |          |    |     |
| 介護職員    | 1        |    | 1   |
| 看護職員    |          |    |     |
| 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   |          |    |     |

### (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     | 3  | 2   | 1 |
| 実務者研修の修了者 |    |     |   |
| 初任者研修の修了者 | 9  |     | 9 |
| 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( 18時～ 9時) |      |                |
|--------------------|------|----------------|
|                    | 平均人数 | 最少時人数(休憩者等を除く) |
| 看護職員               | 人    | 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    | 社会福祉主事 |

|                      |           | 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          |           |      |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 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】 | 1 利用権方式<br>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<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                                    |
|                                |     | 3 月払い方式  |
|                                |     | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択                             |
| 年齢に応じた金額設定                     |     | 1 あり 2 なし  |
| 要介護状態に応じた金額設定                  |     | 1 あり 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 |     | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>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  | 消費者物価指数等を勘案し、料金が不相当となった場合。                         |
|                                | 手続き | 本入居契約書第四条に記載 : 協議の上、利用料金を改定する。                     |

**(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           | 要介護2     | 要介護2    |
|   | 年齢             | 80歳      | 歳       |
| 居室の状況   | 床面積            | 18.83㎡   | ㎡       |
|   | 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            | 円        | 円       |
|   | 敷金             | 円        | 円       |
| 月額費用の合計   |                | 106,000円 | 円       |
| 家賃  |                | 45,000円  | 円       |
| 共益費   |                | 17,000円  | 円       |
| 光熱水費  |                | 円        | 円       |
| サービス費用※   | 食費             | 39,000円  | 円       |
|   | 状況把握・生活相談サービス費 | 5,000円   | 円       |
|   | その他            | 円        | 円       |
| ※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険事業所による介護保険サービスは、本欄に記入していない) |                |          |         |
| ※ 消費税について、表示金額は総額表示   |                |          |         |

**(利用料金の算定根拠)**

| 費目             | 算定根拠                                  |
|----------------|---------------------------------------|
| 敷金             | なし                                    |
| 家賃             | 建物賃貸料、近隣相場を勘案して算定                     |
| 共益費            | 事務管理費、生活サービスの人件費、共有施設の維持管理費、光熱水費により算定 |
| 光熱水費           | 共益費に含まれる                              |
| 食費             | 39,000円(朝・昼・400円、夕500円)業務委託費による       |
| 状況把握・生活相談サービス費 | 人件費により算定                              |
| その他            |                                       |

**(前払金の受領)**

|                                     |                   |  |
|-------------------------------------|-------------------|--|
| 算定根拠                                |                   |  |
| 想定居住期間(償却年月数)                       |                   |  |
| 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【冒頭に記した記入日現在】****(入居者の人数)**

|       |            |     |
|-------|------------|-----|
| 性別    | 男性         | 2人  |
|       | 女性         | 17人 |
| 年齢別   | 65歳未満      | 0人  |
|       | 65歳以上75歳未満 | 0人  |
|       | 75歳以上85歳未満 | 9人  |
|       | 85歳以上      | 10人 |
| 要介護度別 | 自立         | 0人  |
|       | 要支援1       | 0人  |
|       | 要支援2       | 2人  |
|       | 要介護1       | 3人  |
|       | 要介護2       | 10人 |
|       | 要介護3       | 4人  |
|       | 要介護4       | 2人  |
|       | 要介護5       | 0人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 2人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 2人  |
|       | 1年以上5年未満   | 15人 |
|       | 5年以上10年未満  | 0人  |
|       | 10年以上15年未満 | 0人  |
|       | 15年以上      | 0人  |

**(入居者の属性)**

|         |     |
|---------|-----|
| 平均年齢    | 80歳 |
| 入居者数の合計 | 19人 |
| 入居率*    | 95% |

※ 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      | 0人                       |
|         | 社会福祉施設   | 9人                       |
|         | 医療機関     | 3人                       |
|         | 死亡者      | 0人                       |
|         | その他      | 0人                       |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  | 1人                       |
|         |          | (解約事由の例)<br>状態変化による他施設入所 |
|         | 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)**

|          |       |                                |
|----------|-------|--------------------------------|
| 窓口の名称    |       | ビッグベンメイフェア                     |
| 電話番号     |       | 048-501-6833                   |
| 対応している時間 | 平日    | 8:00～17:00                     |
|          | 土曜    | 8:00～17:00                     |
|          | 日曜・祝日 | 8:00～17:00                     |
| 定休日      |       | なし                             |
| 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    | 平日 8:30～17:15                  |
|          | 土曜    | 休み                             |
|          | 日曜・祝日 | 休み                             |
| 定休日      |       | 土曜日 日曜日 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    | 休み                             |
|          | 日曜・祝日 | 休み                             |
| 定休日      |       | 土曜日 日曜日 祝日 12/29～1/3           |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県消費生活センター熊谷                  |
| 電話番号     |       | 048-524-0999                   |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00～16:00                     |
|          | 土曜    | 休み                             |
|          | 日曜・祝日 | 休み                             |
| 定休日      |       | 土曜日 日曜日 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     |       | 048-574-8597(自治振興課直通)          |
| 対応している時間 | 平日    | 月 水 木 金 9:30～12:00 13:00～16:00 |
|          | 土曜    | 休み                             |
|          | 日曜・祝日 | 休み                             |
| 定休日      |       | 火曜日 土曜日 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)あいおいニッセイ同和損害保険株式会社保険に加入<br>介護保険・社会福祉事業者総合保険   |
|                               | 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>直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。<br>事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。 |
|                               | 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 |
| 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 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>3 公開していない               |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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 1回 |
|  | 2 なし  |            |
|  | 1 代替措置あり  | (内容)       |
|  | 2 代替措置なし  |            |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                          | 1 あり(提携ホーム名:ビッグベンハウス・パークハウス・ビッグベンマナーハウス・ビッグベンメイフェア)<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 3 該当なし  |            |
| 合致しない事項がある場合の内容                              | 1 体験利用はしていない  |            |
| 「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                                |   |            |

添付書類:別添1(別を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              |
|------------------------------|----|----|-----------------|------------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |    |                 |                  |
| 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 | デイサービスセンタービッグベン | 埼玉県深谷市武蔵野 2405-1 |
| 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 |                 |                  |
| 福祉用具貸与                       | あり | なし |                 |                  |
| 特定福祉用具販売                     | あり | なし |                 |                  |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |    |                 |                  |
| 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 |                 |                  |
| 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 | ケアプランステップ       | 埼玉県深谷市武蔵野 2405-1 |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |    |                 |                  |
| 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 | デイサービスセンタービッグベン | 深谷市武蔵野 2405-1    |
| 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 |                 |                  |
| 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 |                 |                  |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |    |                 |                  |
| 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 |                 |                  |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |    |                 |                  |
| 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 |                 |                  |

## 別添2

## 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           |
|----------------------------------|--------------------------------|------|----------|----------|--------------|
|                                  | 個別の利用料で、実施するサービス<br>(利用者が全額負担) |      |          | 備 考      |              |
|                                  | 包含*1                           | 都度*1 | 料金(税込)*2 |          |              |
| 介護サービス                           |                                |      |          |          |              |
| 食事介助                             | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| おむつ代                             | なし                             | あり   |          |          | 個別により(実費)    |
| 入浴(一般浴)介助・清拭                     | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 特浴介助                             | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 身辺介助(移動・着替え等)                    | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 機能訓練                             | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 通院介助                             | なし                             | あり   |          | 1,000円/回 | 事前予約         |
| 生活サービス                           |                                |      |          |          |              |
| 居室清掃                             | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| リネン交換                            | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 日常の洗濯                            | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 居室配膳・下膳                          | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  | なし                             | あり   |          |          |              |
| おやつ                              | なし                             | あり   |          |          |              |
| 理美容師による理美容サービス                   | なし                             | あり   |          | 1,500円/回 | 2ヶ月に一度(希望者)  |
| 買い物代行                            | なし                             | あり   |          | 1,000円/回 | 事前予約による      |
| 役所手続き代行                          | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |
| 金銭・貯金管理                          | なし                             | あり   |          |          | 基本サービス費に含まれる |

|                  |    |    |  |  |    |  |              |
|------------------|----|----|--|--|----|--|--------------|
|                  |    |    |  |  |    |  | る            |
| 健康管理サービス         |    |    |  |  |    |  |              |
| 定期健康診断           | なし | あり |  |  | 実費 |  | 事前予約による(希望者) |
| 健康相談             | なし | あり |  |  |    |  | 基本サービス費に含まれる |
| 生活指導・栄養指導        | なし | あり |  |  |    |  | 基本サービス費に含まれる |
| 服薬支援             | なし | あり |  |  |    |  | 基本サービス費に含まれる |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり |  |  |    |  | 基本サービス費に含まれる |
| 入退院時・入院中のサービス    |    |    |  |  |    |  |              |
| 移送サービス           | なし | あり |  |  |    |  | 基本サービス費に含まれる |
| 入退院時の同行          | なし | あり |  |  |    |  | 基本サービス費に含まれる |
| 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし | あり |  |  |    |  | 基本サービス費に含まれる |
| 入院中の見舞い訪問        | なし | あり |  |  |    |  | 基本サービス費に含まれる |

※1:「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※2: 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。