

## 重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	葛西 英輔
所属・職名	西上尾ホスピスケアそよ風 管理者

## 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) かぶしきかいしゃ ゆにまっと りたいあめんと こみゆにてい 株式会社ユニマツト リタイアメント・コミュニティ	
主たる事務所の所在地	〒107-0061 東京都港区北青山 2-7-13 プラセオ青山ビル	
連絡先	電話番号	03-5413-8228
	FAX番号	03-5413-8227
	ホームページアドレス	'http://www.unimat-rc.co.jp/
代表者	氏名	中川 清彦
	職名	代表取締役
設立年月日	1975年6月1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) にしあげお ほすぴすけあ そよかぜ 西上尾ホスピスケアそよ風	
所在地	〒362-0058 埼玉県上尾市上野 55 番地 2	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 高崎線「上尾」駅

	交通手段と所要時間	バス利用の場合 JR 上尾駅西口から東武バスで乗車 20 分、 平方上野停留所で下車、徒歩 1 分
連絡先	電話番号	048-780-1301
	FAX番号	048-780-1302
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	葛西 英輔
	職名	管理者
建物の竣工日		2014年 9月12日
有料老人ホーム事業の開始日		2019年 11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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	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	2,176.73 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
		契約期間	1 あり (年月日～年月日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり    2 なし		
建物	延床面積	全体	1,170.80 m <sup>2</sup>

		うち、老人ホーム部分	1,170.80 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )				
	構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2014年12月1日 ~ 2039年11月30日) <input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		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/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.77 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室
	タイプ2	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.81 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室
	タイプ3	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.86 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室
	タイプ4	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.95 m <sup>2</sup>	9	介護居室個室
	タイプ5	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	10.97 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室
	タイプ6	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	11.01 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室
タイプ7	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	11.11 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室	
タイプ8	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	11.24 m <sup>2</sup>	3	介護居室個室	
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※ 「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	9ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	9ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
	食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）	
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし	
消防用設備 等	消火器	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
その他	食堂兼機能訓練室、健康管理室、汚物処理室、応接室兼相談室、洗濯室、喫煙室、事務室、駐車場				

#### 4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>1. 要介護状態にある入居者の心身の特性を踏まえ、生活の質の確保を重視して日常生活が潤いに満ちた毎日であることと、高齢者の尊厳を保つために職員としてあるべき姿を追求することを重視します。</p> <p>2. 入居者が充実した日常生活を営むことができるよう、精神面などには十分配慮した支援を心がけます。</p> <p>3. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図るとともに、入居者の意向を尊重して総合的なサービスの提供に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>1. 入居者への対応は公正・公平を旨とします。</p> <p>2. 提供するサービス内容にはこれまでの経験を生かした独創性と創意工夫を発揮します。</p>
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	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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

(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	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	
	医療機関連携加算	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
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
(II)		1 あり 2 なし	

		(Ⅲ)	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) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 碧水会 みんなのあげおクリニック
		住所	上尾市愛宕1丁目16-15 STAGE 上尾南 5F
		診療科目	内科・整形外科
		協力内容	在宅療養支援診療所として、月2回以上の訪問診療、年1回の定期健康診断、健康相談 (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	
		住所	
		協力内容	

(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 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( )
判断基準の内容	身体状況の変化等が生じたことで現住環境が不相当となった場合
手続きの内容	一定の観察期間を設け、事業者は入居者及び契約者に変更に伴う費用負担・支援内容を説明し、入居者及び契約者の同意を書面で得る。
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室の利用権に変更
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (前払金はなし)

従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1	あり	(変更内容)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
留意事項	概ね 60 歳以上				
契約の解除の内容	① 契約者から契約解除が行われた場合 ② 事業者から契約解除が行われた場合				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第 28 条 1 項～4 項			
	解約予告期間	30 日			
入居者からの解約予告期間	30 日				
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：空室がある場合に限り 1 日につき 5,000 円 (別途消費税)) ※2泊 3 日までのご契約となります。 ※家賃・管理費は含まれておりますが、食費は含まれておりません。 食費 (朝食：400 円 (別途消費税) 昼食・夕食：550 円 (別途消費税) おやつ：100 円 (別途消費税)) ※食費 (朝食・昼食・夕食・おやつ) は軽減税率の対象となります。 ※ご利用者様個人のおむつ代、医療費、介護費用、嗜好品購入費などは含まれておりません。 <input type="checkbox"/> 2 なし				
入居定員	30 人				

その他	
-----	--

## 5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

### （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				
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	11	10	1	
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			
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 ( 時～ 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	人	人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※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										
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 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" 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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	物価変動、人件費の上昇などにより改定する場合があります。	
	手続き	運営懇談会の意見を勘案し契約者にその旨を文書で通知いたします。	

（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	要介護（末期がん）	
	年齢	65 歳	歳
居室の状況	床面積	11.70～11.97 m <sup>2</sup>	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	円
	敷金（入居時保証金）	260,000 円	円
月額費用の合計		171,000 円	円
家賃		65,000 円	円
ス	ビ	特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用	- 円

介護保険外 ※2	食費	48,000 円	円
	管理費	58,000 円	円
	介護費用	－円	円
	光熱水費	(管理費に含む) 円	円
	その他	－円	円
<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	家賃の賃借料及び修繕費、設備備品費等の経費を基礎とし、近傍家賃を参照し1室あたりの家賃を算出
敷金	家賃の 4ヶ月分
介護費用	－
管理費	共用部分の清掃・維持管理・修繕費、リネン代（週1回交換）、電気、ガス、上下水道、環境衛生費等
食費	<p>厨房維持費及び1日3食を提供するための費用</p> <p>1日あたり1,600円（別途消費税）（48,000円/月（別途消費税））</p> <p>朝食：400円（別途消費税） 昼食・夕食：550円（別途消費税） おやつ：100円（別途消費税）</p> <p>※食費（朝食・昼食・夕食・おやつ）は軽減税率の対象となります。それ以外の食事は、軽減税率の対象外とさせていただきます。</p>
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
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) ※前払金を受領していない場合は省略可能**

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
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	11人
	女性	10人
年齢別	65歳未満	4人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	8人
	85歳以上	3人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人

	要介護 1	3 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	3 人
	要介護 5	8 人
入居期間別	6 ヶ月未満	2 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	19 人
	1 年以上 5 年未満	0 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	74.0 歳
入居者数の合計	21 人
入居率※	70%
※ 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	0 人
	医療機関	1 人
	死亡者	14 人
	その他	0 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	1 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 (1)		株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティ 介護サービスに関する苦情・事故相談窓口
電話番号		03-6692-9532
対応している時間	平日	9時から18時
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日及び年末年始
窓口の名称 (2)		西上尾ホスピスケアそよ風 担当者：管理者 葛西 英輔
電話番号		048-780-1301
対応している時間	平日	9時から18時
	土曜	9時から18時
	日曜・祝日	9時から18時
定休日		担当者公休日 ・状況により即時に対応できない場合があります。
窓口の名称 (3)		埼玉県 福祉部 高齢者福祉課 施設・事業者指導担当
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8時30分から17時15分
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土日祝日及び年末年始

### (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) 三井住友海上火災保険株式会社 福祉事業者総合賠償責任保険
	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) サービス提供に当たって、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は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害を賠償する。但し、入居者に故意又は重大な過失がある場合は賠償額を減することがあります。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: ) 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 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	
合致しない事項がある場合の内容	(1) 入居者1人当たりの床面積は、内法で13.2㎡以上とすべきところ、全ての居室面積が10.77㎡から11.24㎡となっている。 (2) 有料老人ホームの事業の用に供する土地及び建物については、有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権その他の有料老人ホームとしての利用を制限するおそれのある権利が存しないこととされているが、根抵当権が設定されている。	
「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	—	
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      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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	南古谷ケアセンターそよ風	埼玉県川越市大字久下戸1971-2
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	三橋ケアセンターそよ風	埼玉県さいたま市大宮区三橋1-871
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	三橋ケアセンターそよ風	埼玉県さいたま市大宮区三橋1-871
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	三橋ケアセンターそよ風	埼玉県さいたま市大宮区三橋1-871
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	そよ風定期巡回わらび	埼玉県蕨市中央2丁目10番1号
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	熊谷ケアセンターそよ風	埼玉県熊谷市中央5-5-16
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	三橋ケアセンターそよ風	埼玉県さいたま市大宮区三橋1-871
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	南古谷ケアセンターそよ風	埼玉県川越市大字久下戸1971-2
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		

介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	三橋ケアセンターそよ風	埼玉県さいたま市大宮区三橋1-871
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	さいたまケアコミュニティそよ風	埼玉県さいたま市緑区道祖土1-7-39
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	三橋ケアセンターそよ風	埼玉県さいたま市大宮区三橋1-871
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	熊谷ケアセンターそよ風	埼玉県熊谷市中央5-5-16
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> 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
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※ <sup>1</sup> ）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備考
			包含※ <sup>2</sup>	都度※ <sup>2</sup>	料金※ <sup>3</sup>	
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		
おむつ代			なし	あり		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		
特浴介助	なし	あり	なし	あり		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり		
リネン交換	なし	あり	なし	あり		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		
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		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		

金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				※年1回、協力医療機関での健康診断の案内を行う。(費用は自己負担)
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じ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、月額の利用者サービス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応じて、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。