

## 重要事項説明書

|       |            |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 平成30年8月21日 |
| 記入者名  | 矢野 健一郎     |
| 所属・職名 | 管理者        |

## 1. 事業主体概要

|            |  |   |
|------------|--|---|
| 種類         | 個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 |   |
|            | ※法人の場合、その種類                            | 株式会社  |
| 名称         | (ふりがな) けあ・とらすとかぶしきがいしゃ<br>ケア・トラスト株式会社  |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒171-0051 東京都豊島区长崎5丁目32番8号             |   |
| 連絡先        | 電話番号                                   | 03-5926-4300  |
|            | FAX番号                                  | 03-5926-6617  |
|            | ホームページアドレス                             | <a href="http://www.care-trust.co.jp">http://www.care-trust.co.jp</a> |
| 代表者        | 氏名                                     | 辻 英史  |
|            | 職名                                     | 代表取締役   |
| 設立年月日      | 平成 21年 2月 17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) わーどすていいちごのいえ さかどさんこうちょう<br>ワールドステイ一期の家 坂戸三光町 |   |
| 所在地      | 〒350-0235<br>埼玉県坂戸市三光町7番3号 ワールドステイ一期の家坂戸三光町         |   |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅   | 東武東上線 坂戸駅   |
|          | 交通手段と所要時間   | ①徒歩の場合<br>・東武東上線坂戸駅より徒歩10分<br>②自動車(タクシー等)利用の場合<br>・東武東上線坂戸駅より乗車5分 |
| 連絡先      | 電話番号  | 049-299-8670  |
|          | FAX番号   | 049-299-8680  |

|               |            |   |
|---------------|------------|---|
|               | ホームページアドレス | <a href="http://www.care-trust.co.jp">http://www.care-trust.co.jp</a> |
| 管理者           | 氏名         | 矢野 健一郎  |
|               | 職名         | 管理者   |
| 建物の竣工日        |            | 平成25年4月15日  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 平成25年5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）<br>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）<br>③ 住宅型<br>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   | 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           | 1353.75 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<br>(平成25年6月30日～平成50年6月29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                     | 988.34 m <sup>2</sup>                   |
|          |                | うち、老人ホーム部分             | m <sup>2</sup>                          |
|          | 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>(平成 25 年 6 月 30 日～平成 50 年 6 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  |   |                      |       |        |
|  |  | 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   | 18.84 m <sup>2</sup> | 22    | 一般居室個室 |
|  | タイプ 2  | 有/無     | 有/無   | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ 3  | 有/無     | 有/無   | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ 4  | 有/無     | 有/無   | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ 5  | 有/無     | 有/無   | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ 6  | 有/無     | 有/無   | m <sup>2</sup>       |       |        |
|  | タイプ 7  | 有/無     | 有/無   | m <sup>2</sup>       |       |        |
| タイプ 8  | 有/無  | 有/無     | m <sup>2</sup>                                      |                      |       |        |
| 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   | 2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                                     | 2ヶ所                  |       |        |
|  | 共用浴室   | 2ヶ所     | 個室  | 2ヶ所                  |       |        |
|  |  |         | 大浴場   | 0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   | 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    | 多目的スペース  |      |      |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針        | <p>①高齢者向け住宅の利用者が安全に、安心して主体的に生活を継続できる住まいの充実を図る事を目的とし、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を務めていく</p> <p>②入居者の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営を確保していく</p> <p>③高齢者の居住の確保に関する基本的な方針の五の4「高齢者居宅生活支援サービスの提供」を参考に、利用者が希望する医療・介護サービスを提供する。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>①24時間365日、医療機関との連携を図る</p> <p>②市区町村、地域包括支援センター、また近隣住民との連携体制を整えている</p> <p>③生活相談や状況把握、緊急対応に速やかに対応できるよう、有資格者の配置に努めていく</p>   |
| 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   | <p>① 救急車の手配</p> <p>② 入退院の付き添い</p> <p>③ 通院介助</p> |
| ※複数選択可 |   |

|          |   |           |                    |
|----------|---|-----------|--------------------|
|          |   | 4 その他 ( ) |                    |
| 協力医療機関   | 1 | 名称        | 東松山在宅診療所           |
|          |   | 住所        | 埼玉県東松山市箭弓町 3-20-10 |
|          |   | 診療科目      | 内科                 |
|          |   | 協力内容      | 24 時間医療対応          |
|          | 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) ※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<br>2 介護居室へ移る場合<br>③ その他 ( 他の居室へ移る場合 )   |                     |
| 判断基準の内容                  | 常時見守りが必要な場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。  |                     |
| 手続きの内容                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医(医師)の意見を聞く</li> <li>・2 か月間の観察期間を置く</li> <li>・本人及び身元引受人の同意を得る</li> </ul> |                     |
| 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<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 (変更内容)<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           | ①承諾なく転貸を行ってはならない<br>②承諾を得ることなく、物件の増築・改築・移転・改造もしくは模様替え、敷地内における工作物の設置を行ってはならない<br>③危険行為等を行ってはならない<br>④共用部分に私物を置いてはならない。 |              |
| 契約の解除の内容       | 賃貸借契約書 第15条、第16条、第17条   |              |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項  | 賃貸借契約書 第17条  |
|                | 解約予告期間  | 6ヶ月<br>最低1ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間   | 最低1ヶ月   |              |
| 体験入居の内容        | ①あり（内容：1泊2日3食付 8250円）<br>②なし  |              |
| 入居定員           | 22人   |              |
| その他            | 体験入居は、空室時かつ施設が対応でき本人の希望があれば利用できる。   |              |

### 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） |    |     |
|---------|----------|----|-----|
|         | 合計       | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者     | 1名       | 1名 |     |
| 生活相談員   | 3名       | 0名 | 3名  |
| 直接処遇職員  | 15名      | 2名 | 13名 |
| 介護職員    | 11名      | 2名 | 9名  |
| 看護職員    | 4名       | 0名 | 4名  |
| 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     | 2名 | 2名  |    |
| 実務者研修の修了者 |    |     |    |
| 初任者研修の修了者 | 6名 | 2名  | 4名 |
| 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～ 9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   |      | 社会福祉士        |      |     |       |     |         |     |         |     |
|             |          | 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 |          |      | 3            |      | 5   |       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数 |          |      | 4            |      | 5   |       | 2   |         |     |         |     |

|                          |       |  |   |              |   |  |   |  |  |  |  |
|--------------------------|-------|--|---|--------------|---|--|---|--|--|--|--|
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満  |  | 1 | 1            | 4 |  |   |  |  |  |  |
|                          | 1年以上  |  | 3 | 1            | 4 |  | 1 |  |  |  |  |
|                          | 3年未満  |  |   |              |   |  |   |  |  |  |  |
|                          | 3年以上  |  |   |              |   |  | 2 |  |  |  |  |
|                          | 5年未満  |  |   |              |   |  |   |  |  |  |  |
|                          | 5年以上  |  |   |              | 1 |  |   |  |  |  |  |
|                          | 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<br>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<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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  | ①租税・その他の負担の増減、諸物価の上昇及びその他の経済事情の変動、近隣比較等から不相当となった場合<br>②物件及び付帯設備又は敷地に改良を施した場合 |
|                                | 手続き | 入居者及び施設側の協議の上決定  |

### (利用料金のプラン【代表的なプラン】)

|        |      | プラン                  |
|--------|------|----------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護 2                |
|        | 年齢   | 73 歳                 |
| 居室の状況  | 床面積  | 18.84 m <sup>2</sup> |



|  |                     |                               |           |            |
|--|---------------------|-------------------------------|-----------|------------|
|  | 便所                  | ① 有                           | 2 無       |            |
|  | 浴室                  | 1 有                           | ② 無       |            |
|  | 台所                  | 1 有                           | ② 無       |            |
| 入居時点で必要な費用   | 前払金                 |                               | 0 円       |            |
|  | 敷金                  |                               | 60,000 円  |            |
| 月額費用の合計  |                     |                               | 117,790 円 |            |
| 家賃   |                     |                               | 60,000 円  |            |
| サービス費用   | 介護保険外※ <sup>2</sup> | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |           | 0 円        |
|  |                     | 食費                            |           | 42,750 円   |
|  |                     | 共益費                           |           | 8,640 円    |
|  |                     | 基本支援サービス費                     |           | 6,400 円    |
|  |                     | 光熱水費                          |           | 0 円        |
|  |                     | その他                           |           | 都度払いサービスあり |
| ※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） |                     |                               |           |            |

(利用料金の算定根拠)

| 費目                   | 算定根拠                       |
|----------------------|----------------------------|
| 家賃                   | 建物賃借料、近隣相場を勘案して算定          |
| 敷金                   | 家賃の1ヶ月分                    |
| 食費                   | 業務委託料により算定                 |
| 共益費                  | 事務管理費、共用施設の維持管理費、光熱水費により算定 |
| 基本支援サービス費            | 人件費により算定                   |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 人件費により算定 サービス内容・費用は別添2による  |
| その他のサービス利用料          | 人件費により算定 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            | 16 人 |
|     | 女性            | 6 人  |
| 年齢別 | 65 歳未満        | 3 人  |
|     | 65 歳以上 75 歳未満 | 8 人  |
|     | 75 歳以上 85 歳未満 | 7 人  |
|     | 85 歳以上        | 4 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       | 7人  |
|       | 要介護2       | 1人  |
|       | 要介護3       | 1人  |
|       | 要介護4       | 7人  |
|       | 要介護5       | 6人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 1人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 1人  |
|       | 1年以上5年未満   | 20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  | 73.9歳 |
| 入居者数の合計   | 22人   |
| 入居率※  | 100%  |
| ※ 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     | 1人       |
|         | 死亡者      | 1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    |       | ワールドステイ一期の家 坂戸三光町       |
| 電話番号     |       | 049-299-8670            |
| 対応している時間 | 平日    | 24時間                    |
|          | 土曜    | 24時間                    |
|          | 日曜・祝日 | 24時間                    |
| 定休日      |       | なし(年中無休)                |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県福祉部高齢者福祉課            |
| 電話番号     |       | 049-830-3254            |
| 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    |       | 坂戸市消費生活センター             |
| 電話番号     |       | 049-283-1331            |
| 対応している時間 | 平日    | 10:00~12:00 13:00~15:30 |
|          | 土曜    |                         |
|          | 日曜・祝日 |                         |
| 定休日      |       | 土曜、日曜、祝日、12/29~1/3      |
| 窓口の名称    |       | 埼玉県消費生活支援センター川越         |
| 電話番号     |       | 049-247-0888            |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~16:00              |
|          | 土曜    |                         |
|          | 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 | 損保ジャパン日本興亜株式会社<br>保険種類：賠償責任保険<br>保険種目：受託者賠償 |
|                               | 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 | 事故対応マニュアルによる                                |
|                               | 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          | 平成 29 年 8 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          |              |
|                                  |       | 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<br>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 回                          |
|  | 2 なし   |                                     |
|  | 1 代替措置あり   | (内容) 家族との連絡体制を敷いていて家族と定期的に連絡を取っている。 |
|  | 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: )  |                                     |
|  | 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                                  |  |                                     |
| 「6.既存建築物等の活用<br>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 (別の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             |
|------------------------------|----|----|------------------|-----------------|
| <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 | デイサービス一期の家 熊谷曙町  | 埼玉県熊谷市曙町3-53-2  |
|                              |    |    | デイサービス一期の家 深谷上野台 | 埼玉県深谷市上野台2991-1 |
|                              |    |    | デイサービス一期の家 坂戸三光町 | 埼玉県坂戸市三光町7-3    |
|                              |    |    | デイサービス一期の家 坂戸清水町 | 埼玉県坂戸市清水町13-20  |
|                              |    |    | デイサービス一期の家 行田持田  | 埼玉県行田市持田3-3-5   |
| 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 |                  |                 |
| <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 |                  |                 |
| 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 |  |  |
| <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 |  |  |



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                             |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------|-------|------------|--------------------------------|
|                                  | 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**1） | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |       |       |            |                                |
| 介護サービス                           |                                    |                            |       |       |            |                                |
| 食事介助                             | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                 | あり                         | ○     |       | 325 円      |                                |
| おむつ代                             | なし                                 | あり                         | ○     |       |            |                                |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                 | あり                         | ○     |       | 1080 円     |                                |
| 特浴介助                             | なし                                 | あり                         | ○     |       |            |                                |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                 | あり                         | ○     |       |            |                                |
| 機能訓練                             | なし                                 | あり                         | ○     |       |            |                                |
| 通院介助                             | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 院内介助を行う場合請求。院外までの送迎のみの場合は発生せず。 |
| 生活サービス                           |                                    |                            |       |       |            |                                |
| 居室清掃                             | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |
| リネン交換                            | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |
| 日常の洗濯                            | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |
| 居室配膳・下膳                          | 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                         | ○     |       | 1000 円/回   |                                |
| 買い物代行                            | なし                                 | あり                         | ○     |       | 1080 円/回   | 日用品、食品等日中生活に必要と思われるもの          |
| 役所手続き代行                          | なし                                 | あり                         | ○     |       |            |                                |
| 金銭・貯金管理                          | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |
| 健康管理サービス                         |                                    |                            |       |       |            |                                |
| 定期健康診断                           | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |
| 健康相談                             | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |
| 服薬支援                             | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本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                         | ○     |       |            | 基本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                         | ○     |       | 2160 円/30分 | 病室まで。                          |
| 入退院時の同行                          | なし                                 | あり                         | ○     |       |            |                                |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                 | あり                         | ○     |       | 1620 円/回   |                                |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                 | あり                         | ○     |       |            | 基本支援サービス費を含む。                  |

※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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に於いて、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。