

重要事項説明書

記入年月日	令和1年6月17日
記入者名	窪田 真一郎
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人 <input type="radio"/> 法人 <input checked="" type="radio"/>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) めでいかるぶらいあんかぶしきかいしゃ メディカルブライアン株式会社	
主たる事務所の所在地	〒379-2304 群馬県太田市大原町1481	
連絡先	電話番号	0277-22-7722
	FAX番号	0277-22-7723
	ホームページアドレス	http://www.medical-brian.com
代表者	氏名	木村 浩和
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 20年 6月 6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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ しにあのもり こしがや 介護付き有料老人ホーム シニアの杜・越谷	
所在地	〒343-0851 埼玉県越谷市七左町5丁目1番地2	
主な利用交通手段	最寄駅	東武スカイツリーライン 新越谷駅
	交通手段と所要時間	①徒歩の場合 ・新越谷駅下車 西口より徒歩17分 ②自動車利用の場合 ・新越谷駅下車 タクシー乗車 10分
連絡先	電話番号	048-990-5588
	FAX番号	048-990-5589
	ホームページアドレス	http://www.medical-brian.com/koshigaya
管理者	氏名	窪田 真一郎
	職名	施設長
建物の竣工日		令和 1年 5月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 1年 8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		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 越谷市 1170804106 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 越谷市 1170804106 号
	指定した自治体名	越谷市
	事業所の指定日	特定施設入居者生活介護事業所 (令和元年(2019年)8月1日) 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 (令和元年(2019年)8月1日)
	指定の更新日(直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2775.20 m ²	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日～年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	5080.13 m ²
		うち、老人ホーム部分	3614.70 m ²
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物	
	構造	① 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造	
	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 (年 月 日～年 月 日) 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 【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	17.9㎡	3	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.0㎡	21	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	18.3㎡	37	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	20.2㎡	3	介護居室個室
	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	㎡			
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	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	3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	3ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	4ヶ所	チェア浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他(ボランテ)	3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) 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	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	ロビー等					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域の皆様に親しみ喜んでいただける施設づくりを目指します。 2. ご利用者様にとって「安心」「安全」と「居心地の良い」「尊厳を重視した」施設づくりに努めます。 3. 常に「思いやり」や「いたわり」を持って、ご利用者様本位のサービスの提供に努めます。 4. ご利用者様と職員が一体となり、ふれあいを大切に、生き生きとした生活ができるようなサービスの提供に努めます。 5. 事業の運営にあたっては、安定且つ継続的な事業運営に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	ご利用者様それぞれの尊厳を重視したサービスを提供。看取り介護まで提供いたします。
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

(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	
	口腔衛生管理体制加算	① あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	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="radio"/> ① 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> ② 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> ③ 通院介助 4 その他()	
協力医療機関	1	名称	清松クリニック
		住所	越谷市南越谷1丁目16-1 布武プラザビル 2階
		診療科目	内科、外科、胃腸科、皮膚科、リハビリテーション
		協力内容	入居者の往診、訪問診療、治療・入院の協力、他病院の紹介、夜間のオンコール、入居者の病状急変時の対応等
	2	名称	医療法人社団 仁心会 越谷ハートフルクリニック
		住所	越谷市川柳町3丁目50-1
		診療科目	内科、整形外科、糖尿病、循環器、消化器 他
		協力内容	入居者の往診、訪問診療、治療・入院の協力、他病院の紹介、夜間のオンコール、入居者の病状急変時の対応等
協力歯科医療機関	名称	大袋歯科医院	
	住所	越谷市袋山1503-30	
	協力内容	入居者の受診、治療、往診	

(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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> ③ その他(入居者の健康状態による場合及び入居者が希望する場合)
判断基準の内容		<input checked="" type="radio"/> ① 入居者の健康管理上、居室の移動が必要と施設が認めた時は、入居者及び入居者の身元引受人の同意を得た場合。 <input checked="" type="radio"/> ② 入居者が希望し、施設管理運営上又は入居者に介護サービスを提供する上で支障がないと施設が認める場合。
手続きの内容		居室変更届を提出する。 (居室の移動に伴い、入居者は居室の現状回復の義務を負うものとする)
追加的費用の有無		1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし
居室利用権の取扱い		利用権の対象居室は、住み替え後の居室に変更になります。
前払金償却の調整の有無		1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="radio"/> ① あり 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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)
		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	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	65 歳以上(65 歳未満でも要介護認定を受けている方は入居可)	
契約の解除の内容	<p>【事業者からの契約解除】</p> <p>入居者が次のいずれかに該当し、これにより本契約をこれ以上維持することが困難と認められる場合は、事業者は書面にて入居者に通知し、通知の翌日を起算日とし、30 日の予告期間を設け、契約を解除することができる。</p> <p>①入居申込書、契約書に虚偽の記載をする等、不正手段にて入居し、事業者の求めにもかかわらず、これを訂正しないとき。</p> <p>②家賃、管理費、その他費用の支払いの延滞を3ヶ月以上解消しないとき。(この場合、通知の翌日を起算日とした 30 日の予告期間を設けない。)</p> <p>③故意に居室、その他施設建物、付帯設備、什器備品、構築物及び植栽等を汚損、破損、あるいは滅失したとき。</p> <p>④施設に対して、貼り紙又は広告掲示を行い、あるいは施設を利用して商行為を行ったとき。</p> <p>⑤他の入居者に迷惑となる騒音の発生、危険物又は悪臭を発する機材、物品等の持込、又は保管を行い、事業者の求めにもかかわらず騒音の発生を停止せず、あるいは危険物または悪臭を発する機材、物品等を撤去しないとき。</p> <p>⑥共有部分を不正に占拠、占有し、物品を頻繁に放置して、事業者の求めに反して撤去しないとき。</p> <p>⑦事業者の再三の警告にもかかわらず頻繁に、居室及び共用施設、敷地の利用方法に関して、その本来の用途に従って、善良な管理者の注意をもって利用しないとき。</p> <p>⑧事業者の承諾なく、居室又は共用施設、若しくは敷地内において動物を飼育したとき。</p> <p>⑨身元引受人、その家族、あるいは第三者らを居室に同居させたとき。</p> <p>⑩故意又は過失により居室、その他建築物、付帯設備、什器備品、構築物及び植栽等を汚損、破損、滅失させたときに、入居者あるいは入居者の身元引受人らの費用負担において直ちに修繕あるいは賠</p>	

	<p>償をしなかったとき。</p> <p>①居室の全部または一部を第三者に利用させ、若しくは居室の利用権を譲渡又は担保の用に供し、あるいは居室を他の入居者と交換したとき。</p> <p>②入居者の日常行動が他の入居者の生活又は健康状態に重大な影響を及ぼし、事業者の提供する通常の介護ではこれを防ぐことができないとき(但し、認知症あるいは特定の疾病に基づくものであると医師から診断され、医療機関において通院又は入院等による治療中の場合は除く。)</p> <p>③入居者の入院加療が長期にわたり、且つ病状回復に目途が立たず、当施設での生活が見込まれない状態の入院が 30 日となったとき。(この場合は、契約解除の予告期間は設けない)</p> <p>【入居者からの契約解除】 入居者は書面にて事業者へ通知し、通知後 30 日の予告期間を設けて、本契約を解除することができる。但し、当該予告期間が経過するも、任意に居室を明け渡さない時は、前項の解約通知は無効とする。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上記に記載
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	<p>① あり(内容:最長1週間、費用は一人当たり 12,000 円(消費税別途・介護保険適用外・食事含む))</p> <p>2 なし</p>	
入居定員		64人
その他	身元引受人がいらない場合はご相談ください。	

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		1
生活相談員	2	2		2
直接処遇職員	24	24	0	25.5
介護職員	22	22	0	22
看護職員	4	2	2	3.5
機能訓練指導員	1		1	0.5
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	1		1	0.5
調理員				
事務員	2	1	1	1.5
その他職員	1		1	0.5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40
※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	1		
介護福祉士	12	12	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	4	4	
介護支援専門員	1	1	

(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	2	2	
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	人	人
介護職員	3人	3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)	3:1
※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	28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		5							
	1年以上		2							
	3年未満									
	3年以上	1		2		1				
	5年未満									
	5年以上10年未満			3						
	10年以上	1		10						
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 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 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 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利用料金(月払い)の取扱い		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	当施設が所在する都道府県に係る消費者物価指数及び人件費の変動の状況により改定。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く

(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3	要介護5	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	18.0 m ²	18.3 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	円	円	
	敷金	160,000円	160,000円	
月額費用の合計		209,174円	213,271円	
家賃(非課税)		80,000円	80,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	129,174円	133,271円	
	介護保険外 ^{※2}	食費(税抜) ^{※3} 30日計算	49,500円	49,500円
		管理費(税抜)	59,000円	59,000円
		介護費用	20,674円	24,771円
		その他(消耗品費等)(税抜)	実費負担	実費負担

※1 介護予防の場合を含む。
 ※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)
 ※3 管理費の内訳は、「料金表」のとおり。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	土地の取得費も含めた施設の建設費用、建物の維持に係る費用等をベースに近隣の高齢者向け施設の家賃相場を勘案して算定(非課税)
敷金	家賃の2ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共有施設の保守・点検費、修繕費、清掃費及び管理部門の人員費、事務費により算出
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用 1650円/日(税抜)×30日×消費税8%=53,460円(月額税込) 内訳(朝食:450円、昼食550円、夕食550円、おやつ100円)*税抜
光熱水費	管理費に含む電気料、ガス料金、厨房維持費により算出
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添1 別添2 料金表
その他のサービス利用料	処遇改善加算

(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	介護保険の基本報酬及び加算分に係る利用者負担。
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)	上掲
※ 介護予防の場合を含む。	

(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	
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	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 シニアの杜・越谷 お客様相談室	苦情の対応について、施設長を苦情解決責任者とし、サービスに係る苦情に迅速に対応するため、苦情解決責任者は、職員の中から苦情受付担当者を定め、苦情処理体制を整備しています。入居者からの苦情には守秘義務を課し、速やかに対応します。苦情を申し出ることによる差別的な待遇は一切行いません。受付時間以外の申し出は当直担当者に対応し、後日早急に苦情受付担当者が対処します。	
電話番号	048-990-5588	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日	なし	

窓口の名称		越谷市役所 福祉部介護保険課
電話番号		048-963-9305 048-963-9169
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、祝祭日 12/29~1/3

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30~12:00 13:00~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝祭日 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)三井住友海上保険株式会社: 福祉事業者総合賠償責任保険 介護サービス等の提供にあたり、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、地震・火災・風水害・盗難等及び不慮の事故又は入居者故意によるもの等を除いて、速やかに損害を賠償いたします。但し、入居者に重大な過失がある場合には、損害を減ずることがあります。
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	①あり	(その内容) 施設内で賠償すべき事故が発生した場合、速やかにその対策を検討し、賠償すべきと判断した場合は所要の措置を講じるものとする。
	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	意見箱を 設置する
		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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度)年 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		
「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	1 あり 2 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)

料金表

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

被説明者署名 _____

被説明者署名 _____

※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 事業主体が越谷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		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
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		
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		
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		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

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	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）		包含※2	都度※2	
	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		○	実費負担
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		○	※協力医療機関以外の通院介助は有料、近隣の医療機関に限る。（交通費は別途必要）
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		○	実費負担
おやつ			なし	あり		○	100円（税抜）
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	※近隣のスーパー、コンビニ等で購入できるものに限る。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	料金表に記載
金銭・貯金管理			なし	あり		○	料金表に記載
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	年2回 実費負担
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		○	3000円
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		○	※協力医療機関以外の通院介助は有料、近隣の医療機関に限る。（交通費は別途必要）
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	料金表に記載
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、月額の利用料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。