

重要事項説明書

| | |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 4 年 7 月 1 日 |
| 記入者 | 中根 勝也 |
| 所属・職名 | 総務部・常務取締役 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 種類 | 個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かんとうふくしきーびすかぶしきがいしゃ 関 東 福 祉 サ ー ビ ス 株 式 会 社 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒349-0212 埼玉県白岡市新白岡六丁目 1 番 10 号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0480-31-9528 |
| | F A X 番号 | 0480-31-9529 |
| | ホームページアドレス | http://kan-fukushi-service.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 長岡 優次 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・平成・令和 29 年 2 月 7 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) しるばーこーとしらおかにし にばんかん シルバークート白岡西 式番館 | |
| 所在地 | 〒349-0205 埼玉県白岡市西九丁目 3 番 15 号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 宇都宮線 白岡駅 |
| | 交通手段と 所要時間 | ① バス利用の場合 ・ JR 白岡駅西口から朝日バス白岡駅ー菖蒲中橋線で乗車 3 分、学校入り口で下車、徒歩 7 分 ② 自動車利用の場合 ・ 東北自動車道久喜 IC から 10 分。 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0480-53-5233 |
| | F A X 番号 | なし |
| | ホームページアドレス | http://kan-fukushi-service.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 長岡 優次 |
| | 職名 | 管理者 |

| | |
|---------------|--------------------------------------------------------|
| 建物の竣工日 | 昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年10月1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年10月15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・令和 年 月 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 平成・令和 年 月 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|-----------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 1411.41 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2020年10月1日～2045年9月30日) 2 なし |
| 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 637.44 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 637.44 m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 木造 | | |
| | 4 その他 () | | |
| 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----|
| | | 抵当権の設定 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | <input type="checkbox"/> 1 あり (2020年10月1日～2045年9月30日) 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | |
| 居室の 状況 | 居室区分 【表示事項】 | <input 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/無 | 有/無 | 8.74 m ² | 33 部屋 | 一般居室個室 | |
| <p>※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。</p> <p>※居室にベッドの備付けがないため、必要な場合は自らご準備いただくか当施設にご相談ください。</p> | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 6ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 4ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 4ヶ所 | 個室 | 4ヶ所 | | |
| | | | 大浴場（通所介護の時間外利用） | 0ヶ所 | | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 0ヶ所 | チェアー浴（通所介護の時間外利用） | 0ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | 0ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 0ヶ所 | | |
| | | | その他（ ） | 0ヶ所 | | |
| 食堂 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | | |
| 入居者や家族が利用できる調理施設 | 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 2 なし | | | | |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | | | | |

| | | | | |
|---------|--------|--------|--------|---------|
| 緊急通報装置等 | 居室 | 便所 | 浴室 | その他 () |
| | 1 あり | 1 あり | 1 あり | 1 あり |
| | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部あり | 2 一部あり |
| | 3 なし | 3 なし | 3 なし | 3 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 | 利用者一人一人の個性を尊重した生活環境を提供することを目指す。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 昼夜間の安否確認、医療機関との連携により、ご本人、ご家族が安心できるサービス提供 | | |
| 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 ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人社団医風会 春野クリニック |
| | | 住所 | 〒337-0003 さいたま市見沼区深作 3-40-5 |
| | | 診療科目 | 内科・皮膚科・リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 往診 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 医療法人 ひのき歯科 |
| | | 住所 | 〒331-0823 さいたま市北区日進町 2-1108-3 ルヴェール日進 21階 |
| | | 協力内容 | 往診 |

(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"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

| | | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | | |
| 契約の解除の内容 | 1 利用者が死亡した場合。 2 利用者又は利用者代理人が第 21 条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間が満了した日。 3 事業者が、第 23 条に基づき本契約の解除を通告し、予告期間（30 日）が満了した日。 4 事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。 5 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合。 6 第 22 条に基づき本契約が解約又は解除された場合。 7 利用者が病気の治療とその他のため長期に当事業所を離れる事が決まり、かつその移転先の受け入れが可能になった場合。ただし、利用者が長期に事業所を離れる場合でも、利用者又は利用者代理人と事業者の協議の上、居室確保等に合意した場合は本契約を継続することができます。 8 利用者が他の介護療養施設等への入所が決まり、その施設の側で受け入れが可能となった場合。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第 23 条による |
| | 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：1泊2日 5,000 円税込み） 2 なし | |
| 入居定員 | 33 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 | 0 | 1 | |
| 施設管理人 | 2 | 2 | 0 | |

※夜間の管理体制については、当施設住み込みの管理人が非常時に施設管理者へ連絡・報告致します。

(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 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| 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 (20時 ~ 7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 | 0 人 | 0 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 | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | |
| 数年 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 | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | | |
| 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 減額あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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 | 経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合。 | |
| | 手続き | 事業者が利用者又は利用者代理人に対して事前に説明をした上、予告期間（30日）をもって当該サービス利用料金を変更する。 | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | | |
|--------|------|---------------------------------------------|----------------|
| | | プラン 1 | |
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立、要支援、要介護 | |
| | 年齢 | 不問 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 8.74 m ² | m ² |
| | 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 | 円 | | |
| | 敷金 | 円 | | |
| 月額費用の合計 | | 96,000 円 | | |
| 家賃 | | 37,000 円 | | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 円 | | |
| | 介護保険外 [※] | 食費 | 26,000 円 | |
| | | 管理費 | 25,000 円 | |
| | | 光熱水費 | 8,000 円 | |
| | | 個別サービス利用料(都度払い) | 1,500～円 | |

(利用料金の算定根拠)

| 費用 | 算定根拠 |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃 | 居室の使用権、事務手続き等にかかる費用 |
| 管理費 | 施設共用部分の維持管理費用、廃棄物処理費用 |
| 食費 | 食材費用 (1日あたり内訳：朝食 367円、夕食 500円) 1ヵ月あたり 26,000円のパッケージ料金であり、欠食による返金は原則としてありません。但し、入院期間が 2週間以上になった場合のみ欠食した代金分を返金致します。 |
| 光熱水費 | 電気、水道代としてかかる費用 |
| 個別サービス利用 | 外出同行、用務代行、補助による人件費 (30分未満 1,500円、30分増すごとに 500円の加算) |

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 | 24 人 |
| | 女性 | 7 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 9 人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 6 人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 12 人 |
| | 85歳以上 | 4 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 14 人 |
| | 要支援 1 | 4 人 |
| | 要支援 2 | 1 人 |

| | | |
|-------|---------------|------|
| | 要介護 1 | 4 人 |
| | 要介護 2 | 1 人 |
| | 要介護 3 | 0 人 |
| | 要介護 4 | 2 人 |
| | 要介護 5 | 1 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 1 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 13 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 17 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 | 71 歳 |
| 入居者数の合計 | 31 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 | 2 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 人 |
| | 医療機関 | 1 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 | 0 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 0 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 | シルバーコート白岡西式番館 |
| 電話番号 | 0480-53-5233 |

| | | |
|----------|-------|------------|
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 |
| | 土曜 | 8:30～17:30 |
| | 日曜・祝日 | 8:30～17:30 |
| 定休日 | | 年中無休 |

| | | |
|----------|-------|--------------|
| 窓口の名称 | | 関東福祉サービス株式会社 |
| 電話番号 | | 0480-31-9528 |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30～17:30 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土、日 |

| | | |
|----------|-------|------------------------|
| 窓口の名称 | | 埼玉県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 | 8:30～17:15 |
| | 土曜 | — |
| | 日曜・祝日 | — |
| 定休日 | | 土、日、祝日、年末年始（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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) ・生産物配膳サービス契約 ・サービス提供上で、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します。但し、入居者に故意又は重大な過失及び自己の責めに帰することが認められる場合には、その賠償額を減ずることができ、また賠償責任を負わないことがあります。 |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input type="checkbox"/> 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | 運営懇談会開催時に実施 |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

| | | | |
|------------------|------|--------|-----------|
| 用者の意見等を把握する取組の状況 | 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 |
| 管理規定 | <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 |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし |
| 合致しない事項がある場合の内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・全居室について、床面積（内法）が 13.2 m²未満となっている。 ・片廊下の手摺り間の有効幅が 1.8m未満となっている。 |
| 「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 | 個室 1 人当たりの床面積は内法で 13.2 m ² 以上とすべきところ、すべての居室面積が壁芯で 8.74 m ² となっている。（埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針 5（9）一イ関係） |

添付書類：別添 1（別々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 令和 ____ 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 | 併設・隣接の状況 | 事業所の名称 | 所在地 |
|-----------|----------------------------------------|--------|-----|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | あり <input checked="" type="checkbox"/> | 併設・隣接 | |
| 訪問入浴介護 | あり <input checked="" type="checkbox"/> | 併設・隣接 | |

| | | | | | |
|--------------------------------|----|----|-------|--------------|---------------|
| 訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | シルバーベターライフ菖蒲 | 久喜市菖蒲町菖蒲112-1 |
| | | | 併設・隣接 | ベターライフ差間 | 川口市差間446-2 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <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 | 併設・隣接 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <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 | 併設・隣接 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 介護型医療院 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 通所型サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| その他の生活支援サービス | あり | なし | 併設・隣接 | | |

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※1） | | 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※2 | 都度※2 | 料金※3 | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | 介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします |
| 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 | 廃棄費用は管理費に含まれる。 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | 介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします |
| 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 | | ○ | | 個別サービス利用の場合 30分 1,500円～ |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | 介護が必要な場合には、別途介護事業者との契約をお願いします |
| 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 | ○ | | | 管理費に含まれる。 |
| 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 | ○ | | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 個別サービス利用の場合 30分 1,500円～ |
| 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 | | ○ | 協議 | 原則行いません。但し、事情により依頼があれば管理いたします。 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | 協力医療機関において健康診断を受診する機会を提供いたします。 |
| 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、2割又は3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。

※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。