

重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和6年12月1日 |
| 記入者名  | 甘利 庸子     |
| 所属・職名 | 代表取締役     |

1. 設置者（\*）

|            |                                                           |                                    |
|------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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) かぶしきがいしゃ えすぽわーる<br>株式会社 エスポワール                     |                                    |
| 主たる事務所の所在地 | 〒385-0062 長野県佐久市根岸 3203-2                                 |                                    |
| 連絡先        | 電話番号                                                      | 0267-63-7870                       |
|            | FAX番号                                                     | 0267-63-2619                       |
|            | ホームページアドレス                                                | http:// www.nozomi-g.co.jp/sunpia/ |
|            | メールアドレス                                                   | honbu@nozomi-g.co.jp               |
| 代表者        | 氏名                                                        | 甘利 庸子                              |
|            | 職名                                                        | 代表取締役                              |
| 設立年月日      | 平成22年9月15日                                                |                                    |
| 主な実施事業     | 有料老人ホーム事業、介護保険事業、飲食業事業、温泉事業、保育事業<br>※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) うえるはうすのぞみさんぴあ<br>ウェルハウスのぞみサンピア |                                                                               |
| 所在地      | 〒385-0062<br>長野県佐久市根岸 3203-2          |                                                                               |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                                   | JR 北陸新幹線・JR 小海線 佐久平駅                                                          |
|          | 交通手段と所要時間                             | JR 北陸新幹線・JR 小海線 佐久平駅から 5.8km<br>車で約 15 分<br>中部横断自動車道 佐久南インターから 2 km<br>車で 3 分 |

|               |            |                                    |
|---------------|------------|------------------------------------|
| 連絡先           | 電話番号       | 0267-63-7870                       |
|               | FAX番号      | 0267-63-2619                       |
|               | ホームページアドレス | http:// www.nozomi-g.co.jp/sunpia/ |
|               | メールアドレス    | sunpia-bekkan@nozomi-g.co.jp       |
| 管理者           | 氏名         | 大野 一人                              |
|               | 職名         | 施設長                                |
| 建物の竣工日        |            | 平成9年2月12日                          |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 平成22年12月1日                         |

【類型】【表示事項】

|                        |                                    |                |
|------------------------|------------------------------------|----------------|
| 1 又は 2 に<br>該当する場<br>合 | 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                              |                |
|                        | 介護保険事業者番号                          | 2071701771     |
|                        | 指定した自治体名                           | 長野県（市）         |
|                        | 事業所の指定日                            | 2020 年 4 月 1 日 |
|                        | 指定の更新日（直近）                         | 2023 年 3 月 1 日 |

3. 建物概要（\*）

|    |      |                          |                                                                                                                 |
|----|------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 42,937.96 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（普通賃借・定期賃借）  |                                                                                                                 |
|    |      | 抵当権の有無                   | 1 あり 2 なし                                                                                                       |
|    |      | 契約期間                     | 1 あり<br>(2010年12月1日～2030年11月30日)<br>2 なし                                                                        |
| 建物 | 延床面積 | 全体                       | 11,750.88 m <sup>2</sup>                                                                                        |
|    |      | うち、老人ホーム部分               | 8431.05 m <sup>2</sup> （本館 地下1階地上5階建）<br>3088.73 m <sup>2</sup> （別館 地上3階建）<br>231.1 m <sup>2</sup> （さんぴあの家 平屋建） |
|    |      | 耐火構造                     | 1 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他（ ）                                                                                 |
|    | 構造   | 1 鉄筋コンクリート造              |                                                                                                                 |

|                                                  |                       |                                                           |                 |                                    |       |        |
|--------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------|-------|--------|
|                                                  |                       | 2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他（鉄筋コンクリート造 本館・別館）<br>（木造平屋造 さんぴあの家） |                 |                                    |       |        |
|                                                  | 所有関係                  | 1 事業者が自ら所有する建物<br>2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）                 |                 |                                    |       |        |
|                                                  |                       | 抵当権の設定                                                    | 1 あり            | 2 なし                               |       |        |
|                                                  |                       | 契約期間                                                      | 1 あり            | (2010 年 12 月 1 日～2030 年 11 月 30 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<br>【表示事項】        | 1 全室個室（縁故者居室を含む）                                          |                 |                                    |       |        |
|                                                  |                       | 2 相部屋あり                                                   |                 |                                    |       |        |
|                                                  |                       | 最少                                                        | 1 人部屋           |                                    |       |        |
|                                                  |                       | 最大                                                        | 1 人部屋           |                                    |       |        |
|                                                  |                       | トイレ                                                       | 浴室              | 面積                                 | 戸数・室数 | 区分※    |
|                                                  | タイプ 1                 | 有／無                                                       | 有／無             | 18.1 m <sup>2</sup>                | 60    | 介護居室個室 |
|                                                  | 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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |                       |                                                           |                 |                                    |       |        |
| 廊下の幅                                             | 中廊下（向かい合いの居室に面している廊下） | 1.8～2.25m                                                 | その他の廊下          | 1.3m                               |       |        |
| 共用施設                                             | 共用便所における<br>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 |                                    | 2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<br>介護浴槽      | 2ヶ所                                                       | チェアー浴           |                                    | 1ヶ所   |        |
|                                                  |                       |                                                           | リフト浴            |                                    | 1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                             |
| 緊急通報装置等 | 居室               | ① あり<br>2 一部あり<br>3 なし                                      | 便所<br>① あり<br>2 一部あり<br>3 なし     |
|         |                  |                                                             | 浴室<br>① あり<br>2 一部あり<br>3 なし     |
|         |                  |                                                             | その他（ ）<br>1 あり<br>2 一部あり<br>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        | 自然豊かな環境の下で、最後まで個人の尊厳と意思を尊重し、個人の能力に応じて自立した生活を営むことが出来るように支援します。                                                                                                 |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 食事は栄養士が献立を考え、調理師が調理した食事を朝食・昼食・夕食とも各ユニットの食堂に用意します。その際に安否確認を致します。<br>日々の介護は、施設の計画作成担当者が立てたケアプランに基づき、特定施設入居者生活介護を利用し生活していただきます。緊急時には緊急時通報装置で通報していただき、職員が対応いたします。 |      |      |
| 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記載不可

|                                                                                                                                                                                                                           |                |        |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|-----------|
| <p>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</p> <p>※1 「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。</p> <p>※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。</p> | 入居継続支援加算       | （Ⅰ）    | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 生活機能向上連携加算     | （Ⅰ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | ADL 維持等加算      | （Ⅰ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 個別機能訓練加算       | （Ⅰ）    | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 夜間看護体制加算       | （Ⅰ）    | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 若年性認知症入居者受入加算  |        | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 協力医療機関連携加算（※1） | （Ⅰ）    | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 口腔衛生管理体制加算（※2） |        | 1 あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 口腔・栄養スクリーニング加算 |        | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 退院・退所時連携加算     |        | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 退居時情報提供加算      |        | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 看取り介護加算        | （Ⅰ）    | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 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 |
|                                                                                                                                                                                                                           | 高齢者施設等感染対策向上加算 | （Ⅰ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 新興感染症等施設療養費    |        | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 生産性向上推進体制加算    | （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）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅲ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           | 介護職員等処遇改善加算    | （Ⅰ）    | ① あり 2 なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅱ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅲ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅳ）    | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅴ）（1） | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅴ）（2） | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅴ）（3） | 1 あり ② なし |
|                                                                                                                                                                                                                           |                | （Ⅴ）（4） | 1 あり ② なし |

|                      |      |               |           |
|----------------------|------|---------------|-----------|
|                      |      | (V)(5)        | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(6)        | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(7)        | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(8)        | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(9)        | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(10)       | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(11)       | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(12)       | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(13)       | 1 あり ② なし |
|                      |      | (V)(14)       | 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) |           |
|                      | ② なし | : 1           |           |

(医療連携の内容)

|        |   |                                                      |                                                                  |
|--------|---|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 医療支援   |   | ① 救急車の手配<br>※複数選択可 ② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>4 その他 ( ) |                                                                  |
| 協力医療機関 | 1 | 名称                                                   | 佐久市立国保「浅間総合病院」(ホームから 5Km)                                        |
|        |   | 住所                                                   | 〒385-0022 長野県佐久市 岩村田 1862-1                                      |
|        |   | 診療科目                                                 | 内科・糖尿病・心療内科・外科・整形外科・脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・形成外科・皮膚科・救急医療科・病理科・健康管理科 |
|        |   | 協力科目                                                 | 全科                                                               |
|        |   | 協力内容                                                 | 入所者の病状の急変時等において ① あり 2 なし<br>相談対応を行う体制を常時確保                      |
|        |   |                                                      | 診療の求めがあった場合において ① あり 2 なし<br>診療を行う体制を常時確保                        |
|        | 2 | 名称                                                   | JA 長野厚生連「佐久総合病院」(ホームから 5km)                                      |
|        |   | 住所                                                   | 〒384-0301 長野県佐久市 臼田 1 9 7                                        |
|        |   | 診療科目                                                 | 内科・神経科・神経内科・呼吸器科・胃腸科・外科・アレルギー科・整形外科・脳神経科・形成外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科    |
|        |   | 協力科目                                                 | 全科                                                               |
|        |   | 協力内容                                                 | 入所者の病状の急変時等において ① あり 2 なし<br>相談対応を行う体制を常時確保                      |

|                   |      |         |                                   |           |
|-------------------|------|---------|-----------------------------------|-----------|
|                   |      |         | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1 あり 2 なし |
|                   | 3    | 名称      | 医療法人清秀会甘利医院（ホームから 11.5Km）         |           |
|                   |      | 住所      | 〒384-0006 長野県小諸市与良町 3-4-17        |           |
|                   |      | 診療科目    | 内科・小児科・循環器科・リウマチ科・リハビリテーション科      |           |
|                   |      | 協力科目    | 内科・循環器科・リウマチ科・リハビリテーション科          |           |
|                   |      | 協力内容    | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
|                   |      |         | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1 あり 2 なし |
|                   | 4    | 名称      | 医療法人清秀会甘利医院わだ（ホームから 11Km）         |           |
|                   |      | 住所      | 〒384-0093 長野県小諸市和田 841-7          |           |
|                   |      | 診療科目    | 総合診療・内科・感染症内科・循環器内科・小児科           |           |
|                   |      | 協力科目    | 総合診療・内科・感染症内科・循環器内科               |           |
|                   |      | 協力内容    | 入所者の病状の急変時等において<br>相談対応を行う体制を常時確保 | 1 あり 2 なし |
|                   |      |         | 診療の求めがあった場合において<br>診療を行う体制を常時確保   | 1 あり 2 なし |
| 新興感染症発生時に連携する医療機関 | 1 あり |         |                                   |           |
|                   |      | 医療機関の名称 | 医療法人清秀会甘利医院わだ（ホームから 11Km）         |           |
|                   |      | 医療機関の住所 | 〒384-0093 長野県小諸市和田 841-7          |           |
|                   | 2 なし |         |                                   |           |
| 協力歯科医療機関          | 1    | 名称      | 甘利歯科医院（ホームから 4.5km）               |           |
|                   |      | 住所      | 長野県佐久市平塚 146                      |           |
|                   |      | 協力内容    | 診療・治療、訪問診療                        |           |
|                   | 2    | 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（ ）                          |
| 判断基準の内容                  | 入居者からの申出や、身体的状況により介護付き有料老人ホームから住宅型有料老人ホームの介護居室への住み替えを求める場合があります。 |

|              |        |                                                                                                                                                                                                    |         |
|--------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 手続きの内容       |        | ① 事業者の指定する医師の意見を聴く<br>② 緊急やむをえない場合を除いて一定の観察期間を設ける<br>③ 住替え後の居室及び介護の内容、住替え後の権利の内容、占有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び身元引受人等に説明を行う<br>④ 身元引受人等の意見を聴く<br>⑤ 入居者の同意を得る。住替え前の居室の利用権を本人の同意を得て変動させ、新たな居室の利用権を設定します |         |
| 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      |
|              |        | (変更内容) 部屋全体の仕様が異なります。階別に食堂、リビングがあり介護職員が常時配置されております。                                                                                                                                                |         |

(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               | ・介護居室：60歳以上で見守りや介護が必要な方。<br>・要介護、要支援認定を受けた方。                                                                                                                                                                     |                    |      |    |
| 契約の解除の内容           | ・入居者が逝去された場合<br>・入居者から契約解約が行われた場合(30日の予告期間が必要)<br>・事業者から契約解除が行われた場合(10日の予告期間が必要)<br>主な解除事由<br>・入居資格その他虚偽の申告による入居したとき<br>・月額利用料の支払いを正当な理由なく、1ヵ月以上延滞するとき<br>・他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、または迷惑行為が通常の介護方法及び接遇方法では防止できないとき |                    |      |    |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                                                                                                                                                                                                             | 入居者の行動が他の入居者、職員の生命 |      |    |

|              |                     |                                           |
|--------------|---------------------|-------------------------------------------|
|              |                     | に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法、及び接遇方法では防止出来ない場合等 |
|              | 解約予告期間              | 10 日の解約予告期間の後解約                           |
| 入居者からの解約予告期間 |                     | 30 日                                      |
| 体験入居の内容      | 1 あり（内容：）<br>2 なし   |                                           |
| 入居定員         |                     | 60 室（定員 60 人）                             |
| その他          | 身元引受人が設定できない場合は要相談。 |                                           |

## 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<br>※1※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-----|----------------|
|                                                                                                  | 合計                    | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                                                                              | 1(内介護職員・生活相談員・計画作成1名) |    | 1   | 0.1            |
| 生活相談員                                                                                            | 2(内介護職2名・計画作成者1名)     | 1  | 1   | 1              |
| 直接処遇職員                                                                                           | 31                    | 8  | 23  | 21.5           |
| 介護職員                                                                                             | 29                    | 6  | 23  | 19.5           |
| 看護職員                                                                                             | 2                     | 2  |     | 2              |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 1                     | 1  |     | 1              |
| 計画作成担当者                                                                                          | 2                     | 1  | 1   | 0.6            |
| 栄養士                                                                                              | 1                     | 1  |     | 0.3            |
| 調理員                                                                                              |                       |    |     |                |
| 事務員                                                                                              | 1                     |    | 1   | 0.4            |
| その他職員                                                                                            |                       |    |     |                |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2                                                                        |                       |    |     | 40 時間          |
| ※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     | 10 | 0  | 10  |
| 実務者研修の修了者 | 2  | 1  | 1   |
| 初任者研修の修了者 | 13 | 6  | 7   |
| 介護支援専門員   | 2  | 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   |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復士       | 1  | 1  |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |
| はり師         |    |    |     |
| きゅう師        |    |    |     |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間（準夜 15 時～ 24 時）（深夜 24 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                                  | 4 人  | 2 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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                         | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2.5 : 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    |     | 介護福祉士・介護支援専門員  |     |         |     |
|                                                                                                 |      |          |     |           |     | 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                                                                                     |      | 1人       |     | 4人        | 3人  |           |     |                |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                                                                                     |      | 1人       |     | 2人        | 2人  |           |     |                |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に<br>業務に従事した経験年数に | 1年未満 |          |     | 1人        | 3人  |           |     |                |     | 1人      |     |
|                                                                                                 | 1年以上 |          |     | 2人        | 3人  | 1人        |     |                |     |         |     |
|                                                                                                 | 3年未満 |          |     |           |     |           |     |                |     |         |     |
|                                                                                                 | 3年以上 |          |     | 1人        | 1人  |           | 1人  |                |     |         | 1人  |
|                                                                                                 | 5年未満 |          |     |           |     |           |     |                |     |         |     |
|                                                                                                 | 5年以上 |          |     | 1人        | 6人  |           |     | 1人             |     |         |     |
| 10年未満                                                                                           |      |          |     |           |     |           |     |                |     |         |     |
| 10年以上                                                                                           |      | 2人       |     |           | 11人 |           |     |                |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況                                                                                   |      |          |     | 1 あり 2 なし |     |           |     | 採用時に 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         |
|                      | 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                                                                        | 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 |
| 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（食費のみ）<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<br>の改定                    | 条件  | 入居契約書第23条に記載のとおり、費用の改定にあたっては、<br>目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および<br>人件費等を勘案し、運営懇談会での意見を聴いた上で改定 |                                         |
|                                | 手続き | 運営懇談会での意見を聴く                                                                                  |                                         |

（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                                     | 要支援 2                                     |
|                   | 年齢               |      | 85 歳                                      | 75 歳                                      |
| 居室の状況             | 床面積              |      | 18.1 ㎡                                    | 18.1 ㎡                                    |
|                   | 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<br>必要な費用    | 前払金              |      | 円                                         | 円                                         |
|                   | 敷金               |      | 円                                         | 円                                         |
| 月額費用の合計（冬期暖房費含まず） |                  |      | 161,559 円                                 | 140,579 円                                 |
| 家賃                |                  |      | 65,730 円                                  | 55,730 円                                  |
| サービス費用            | 特定施設入居者生活介護※1の費用 |      | 20,370 円                                  | 9,390 円                                   |
|                   | 介護保険外※2          | 食費   | 51,030 円                                  | 51,030 円                                  |
|                   |                  | 管理費  | 10,000 円                                  | 10,000 円                                  |
|                   |                  | 介護費用 | 円                                         | 円                                         |
|                   |                  | 光熱水費 | 11,519 円                                  | 11,519 円                                  |
|                   |                  | その他  | レンタルリネン費 2,910 円<br>冬期暖房費（10月～3月） 6,909 円 | レンタルリネン費 2,910 円<br>冬期暖房費（10月～3月） 6,909 円 |

※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 |      |

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 敷金                                                                                                                         |                                                                                                                                                      |
| 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※ <sub>1</sub>                                                                                                          | 家賃相当分・事務費・人件費、共用施設の維持管理費。<br>居室清掃（週 2 回）                                                                                                             |
| 食費                                                                                                                         | 食材費及び厨房維持費、人件費の諸経費に基づく費用（1 月を 30 日とした場合）<br>1 日 1,701 円（非課税）<br>（朝食 324 円 昼食 378 円 夕食 432 円 おやつ 54 円 厨房管理費 513 円）<br>経管栄養の方は不要、経管栄養管理費 15,714 円（非課税） |
| 光熱水費等※ <sub>2</sub>                                                                                                        | 各居室分と共有スペースの費用を含む                                                                                                                                    |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料                                                                                                       | 別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）                                                                                                                               |
| その他のサービス利用料                                                                                                                | 冬期暖房費（10 月～3 月）・お預かり金管理手数料・レンタルリネン費<br>1 日 97 円（非課税）                                                                                                 |
| ※ <sub>1</sub> 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らないこと。<br>※ <sub>2</sub> 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。 |                                                                                                                                                      |

（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                       | 要支援者・要介護認定・負担割合等による |
| 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（上乗せサービス） | なし                  |
| ※ 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）                       |                 |
| 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 |



|         |          |                      |
|---------|----------|----------------------|
|         | 医療機関     | 1 人                  |
|         | 死亡       | 15 人                 |
|         | その他      | 1 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 | 4 人                  |
|         |          | (解約事由の例) 社会福祉施設等への移転 |

## 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ウエルハウスのぞみサンピア別館：大野一人<br>②佐久市 高齢福祉課<br>③長野県国保連合会苦情相談窓口<br>④公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 |
| 電話番号     |       | ①0267-88-7450<br>②0267-62-2111<br>③026-238-1580<br>④03-3272-3781              |
| 対応している時間 | 平日    | ①9:00～18:00<br>②9:00～17:00<br>③9:00～17:00<br>④9:30～17:30                      |
|          | 土曜    | ①9:00～18:00                                                                   |
|          | 日曜・祝日 |                                                                               |
| 定休日      |       | 日祝祭日                                                                          |

(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) 施設賠償責任保険<br>(あいおい損害保険) に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
|                               | 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) 施設賠償責任保険<br>(あいおい損害保険) に加入して                                                          |

|                  |      |                                                           |
|------------------|------|-----------------------------------------------------------|
|                  |      | おり、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。 |
|                  | 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    | 2024 年 8 月 13 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    | 平成 28 年 2 月           |
|                                  |      | 評価機関名称 | NPO 法人あい・ライフサポートシステムズ |
|                                  |      | 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 1 回 |
|       | 2 なし |              |

|                                                  |                                                                             |                                             |           |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|
|                                                  | <div> <div>1 代替措置あり</div> <div>(内容)</div> </div>                            |                                             |           |
|                                                  | 2 代替措置なし                                                                    |                                             |           |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況                                 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催                                                          | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 指針の整備                                                                       | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                                   | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 担当者の配置                                                                      | 1 あり                                        | 2 なし      |
| 身体拘束等の適正化のための取組の状況                               | 身体拘束等適正化検討委員会の開催                                                            | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 指針の整備                                                                       | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                                   | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 緊急やむを得ない場合に行う身体拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体拘束等）を行うこと                              |                                             |           |
|                                                  | 1 あり                                                                        | 身体拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 | 1 あり 2 なし |
|                                                  | 2 なし                                                                        |                                             |           |
| 業務継続計画の策定状況等                                     | 感染症に関する業務継続計画                                                               | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 災害に関する業務継続計画                                                                | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 職員に対する周知の実施                                                                 | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 定期的な研修の実施                                                                   | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 定期的な訓練の実施                                                                   | 1 あり                                        | 2 なし      |
|                                                  | 定期的な業務継続計画の見直し                                                              | 1 あり                                        | 2 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： ）<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                                                                   |                                             |           |

|                                    |                                                  |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 合致しない事項がある場合<br>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<br>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<br>指針の不適合事項          | なし                                               |
| 不適合事項がある場合の内<br>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）

※\_\_\_\_\_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 事業主体が長野県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<br>状況 | 事業所の名称            | 所在地         |
|----------------------|----|----|--------------|-------------------|-------------|
| <居宅サービス>             |    |    |              |                   |             |
| 訪問介護                 | あり | なし | 併設・隣接        | ヘルパーステーションのぞみサンピア | 佐久市根岸3203-2 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし | 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        | デイサービスセンターのぞみサンピア | 佐久市根岸3203-2 |
| 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        | ウェルハウスのぞみサンピア     | 佐久市根岸3203-2 |
| 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        | さんぴあの家            | 佐久市根岸3203-2 |
| 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        |                   |             |
| 介護予防通所介護             | 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        | ウェルハウスのぞみサンピア     | 佐久市根岸3203-2 |
| 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        | さんぴあの家            | 佐久市根岸3203-2 |
| 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 | ヘルパーステーションのぞみサンピア | 佐久市根岸3203-2 |
| 通所型サービス           | あり | なし | 併設・隣接 | デイサービスセンターのぞみサンピア | 佐久市根岸3203-2 |
| その他生活支援サービス       | 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） |    |  | 包含※2 | 都度※2         | 料金※3                                                                    | 備 考           |
|                                  |                                   |    |                            |    |  |      |              |                                                                         |               |
| 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            |
| 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 |  | ○    | 950 円 / 30 分 | 佐久市・小諸市内の定期受診付き添いの場合。                                                   |               |
| 口腔衛生管理                           | 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 |  |      | 950 円 / 30 分 | 定期清掃以外の料金                                                               |               |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |  |      | 950 円 / 30 分 | 定期以外の料金（レンタルリネン代 97 円 / 日 非課税）                                          |               |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |  |      | 760 円 / 袋    | 週 2 回定期の洗濯は管理費に含む（洗剤代は別途 523 円 / 月または実費 非課税）<br>定期以外の洗濯は洗濯ネット 1 袋 760 円 |               |
| 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 |  |      |              |                                                                         | 食事料金に含まれています。 |
| 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 |  |      | 475 円 / 店舗   | 市内に限り実施。大物の買い物代行はできません。                                                 |               |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |  |      | 475 円 / 店舗   | 委任状で対応できるもの                                                             |               |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |    | なし                         | あり |  |      | 523 円 / 月    | 小口現金のみ（預貯金管理なし）非課税                                                      |               |
| 健康管理サービス                         |                                   |    |                            |    |  |      |              |                                                                         |               |

|                  |    |    |    |    |  |   |            |                                                            |
|------------------|----|----|----|----|--|---|------------|------------------------------------------------------------|
| 定期健康診断           |    |    | なし | あり |  | ○ |            | 年1回程度。(手配は管理費に含まれています。) 実費                                 |
| 健康相談             | なし | あり | なし | あり |  | ○ |            | 日常の健康相談は管理費に含みます。医師や専門家への相談は実費負担。                          |
| 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 |  |   |            | 食事時以外の配薬、服薬の確認                                             |
| 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 |  |   |            | 介護タクシー(保険適用外)                                              |
| 入退院時の同行          | なし | あり | なし | あり |  |   | 950 円/30 分 | 交通費実費(佐久市・小諸市)<br>入院時は職員の付き添いは可能。退院時<br>はご家族又は自費サービス利用が可能。 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし | あり | なし | あり |  |   | 1,900 円/回  | 交通費実費(佐久市・小諸市)                                             |
| 入院中の見舞い訪問        | なし | あり | なし | あり |  |   |            | 適宜実施                                                       |

※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。