

## 重要事項説明書

記入年月日	令和4年7月1日
記入者名	横島 健太
所属・職名	リアン川越 管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

種類	個人／ <input type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	※法人の場合、その種類
名称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ こあい 株式会社 顧愛	
主たる事務所の所在地	〒350-1308 埼玉県狭山市中央1丁目46番8号	
連絡先	電話番号	042-950-5151
	FAX番号	042-950-6683
	ホームページアドレス	<a href="https://www.koai.co.jp/company.html">https://www.koai.co.jp/company.html</a>
代表者	氏名	吉田 眞里
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 14年 10月 30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) りあんかわごえ リアン川越
所在地	〒350-1151 埼玉県川越市今福 858-1

主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 川越駅
	交通手段と所要時間	バス利用の場合 ・西武バスで乗車 12 分、今福停留所で下車 徒歩 10 分 自動車利用の場合 ・関越自動車道 川越 IC より 乗車 6 分
連絡先	電話番号	049-265-6802
	FAX番号	049-265-6352
	ホームページアドレス	<a href="https://www.koai.co.jp/company.html">https://www.koai.co.jp/company.html</a>
管理者	氏名	横島 健太
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 28年 12月 27日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 29年 2月 1日

**(類型)【表示事項】**

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	990.9 m <sup>2</sup>	
	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 (2017年1月1日～2042年3月1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	727.4 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物	

		3 その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 <input checked="" type="checkbox"/> 3 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2017年1月1日～2042年3月1日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.11 m <sup>2</sup>	17	一般居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
その他 ( )			ヶ所			

	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	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	入居者の希望ならびに心身の状況に応じて「自立と自律」を大切にし、可能な限り本にの自己決定権が尊重される環境を提供し、いつまでも自分らしい暮らしの継続ができるよう支援致します。
サービスの提供内容に関する特色	安定かつ適切なサービスを提供し、個別のニーズに柔軟に対応します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし

##### （医療連携の内容）

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1	救急車の手配
		<input checked="" type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	通院介助
		<input checked="" type="checkbox"/> 4	その他（協力医療機関・歯科への取次）
協力医療機関	1	名称	富家在宅リハビリテーションケアクリニック
		住所	埼玉県ふじみ野市亀久保 1839-4

		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	医療法人社団富家会 富家病院
		住所	埼玉県ふじみ野市亀久保 2197
		診療科目	内科、外科、皮膚科、整形外科、胃腸科
		協力内容	緊急時受診
協力歯科医療機関	名称	ファースト歯科	
	住所	埼玉県川越市野田町 2-4-24	
	協力内容	訪問歯科治療、義歯作成、調整、口腔ケア	

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 ( 一般居室個室 )	
判断基準の内容	入居者からの希望時 身体的状況が著しく変化した時	
手続きの内容	居室移動届の記入・提出	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	—	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

**(入居に関する要件)**

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 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	契約書 第 11 条 12 条 13 条	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第 11 条
	解約予告期間	1 ヶ月

入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	1 あり（内容： ） 2 なし	
入居定員		17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	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	7		7	3.2
介護職員	7		7	3.2
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	2		2	0.4
事務員				
その他職員	1		1	0.1
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				—
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

### (資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士		4	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1		1
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称		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						
前年度1年間の退職者数				1						
応じた職員 の人数	1年未満									
	1年以上 3年未満			1	1					
	3年以上 5年未満			6						
	5年以上 10年未満									
	10年以上									
	従業者の健康診断の実施状況		1 あり 2 なし							

## 6. 利用料金

### (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	物価価格、消費者物価指数、人件費、経済事情の変動等により、利用料金が不相当になった場合
	手続き	料金改定1ヵ月前までに書面により、説明・同意を得た上で行う

### (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	自立・要支援・要介護	自立・要支援・要介護
	年齢	60歳	60歳
居室の状況	床面積	18.11 m <sup>2</sup>	18.11 m <sup>2</sup>
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		150,000円	153,500円
家賃		52,000円	55,500円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		円
	介護保険	食費	48,000円
		管理費（生活支援費）	30,000円
		介護費用	円



	光熱水費	20,000 円	20,000 円
	その他	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>			

**(利用料金の算定根拠)**

費目	算定根拠
家賃	52,000 円（北側） 55,500 円（南側） 住戸賃借料【非課税】
敷金	家賃の0ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費（生活支援費）	月額 30,000 円
食費	月額 48,000 円（朝 400 円 昼 600 円 夕 600 円） 30 日計算
光熱水費	月額 20,000 円
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

**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	5 人
	女性	10 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	4 人
	85 歳以上	10 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	2 人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	2 人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	13 人

	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

**(入居者の属性)**

平均年齢	87.4 歳
入居者数の合計	15 人
入居率*	88%
※ 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	1 人
	社会福祉施設	人
	医療機関	1 人
	死亡者	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	3 人
		(解約事由の例) ・ 常時、介護が必要になった為 ・ 自宅へ戻る

**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。

①窓口の名称		サービス付き高齢者向け住宅 リアン川越
電話番号		049-265-6802
対応している時間	平日	午前 9 時～午後 17 時 30 分
	土曜	午前 9 時～午後 17 時 30 分
	日曜・祝日	午前 9 時～午後 17 時 30 分
定休日		なし

②窓口の名称		川越市役所 高齢者いきがい課
電話番号		049-224-5809
対応している時	平日	午前 8 時 30 分～午後 17 時 15 分

間	土曜	—
	日曜・祝日	—

③窓口の名称		川越市役所 建設部 建築住宅課
電話番号		049-224-6049
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分～午後 17 時 15 分
	土曜	—
	日曜・祝日	—

**(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	損害保険ジャパン興亜株式会社 賠償責任保険
	<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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	サービス付き高齢者向け住宅リアンの責めに帰すべき事由により入居者の生命、身体、財産又は、名誉に損害を発生させた場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに必要な相当因果関係の範囲内の損害を賠償するものとします。但し、入居者にも責めに帰すべき事由が発生した場合は、賠償額が減額されるものとします。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input 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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	意見箱の設置にて適宜
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

**9. 入居希望者への事前の情報開示**

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開
----------	--

	2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

#### 10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	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】	1 あり (提携ホーム名: ) <input 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	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 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		

「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（別を実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 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			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	寿介護エス・オー・エス 寿介護エス・オー・エスふじみ野	狭山市中央1-46-8 ふじみ野市鶴ヶ舞2-7-5
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションひかり	狭山市堀兼2112-3
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービスリアン川越	川越市今福858-1
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし	福祉用具リアン	狭山市水野1265-10
特定福祉用具販売	あり	なし	福祉用具リアン	狭山市水野1265-10
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし	デイサービスリアン	狭山市北入曾1522-16
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	リアン川越ケアプランあかり	川越市今福858-1 狭山市堀兼2112-3
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	寿介護エス・オー・エス 寿介護エス・オー・エスふじみ野	狭山市中央1-46-8 ふじみ野市鶴ヶ舞2-7-5
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションひかり	狭山市堀兼2112-3
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービスリアン川越	川越市今福858-1
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		

介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	福祉用具 リアン	狭山市水野1265-10
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	福祉用具 リアン	狭山市水野1265-10
＜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	デイサービス リアン	狭山市北入曾1522-16
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし	あり
	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	
<b>介護サービス</b>						
食事介助	なし	あり	なし	あり		希望者のみ 18,000 円/月額
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		希望者のみ 20,000 円/月額
おむつ代			なし	あり		1 枚 100 円
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		希望者のみ 1,500 円/30 分以内
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		希望者のみ 15,000 円/月額
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		希望者のみ 2,000 円/30 分以内
<b>生活サービス</b>						
居室清掃	なし	あり	なし	あり		800 円 / 15 分
リネン交換	なし	あり	なし	あり		500 円 / 1 回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		500 円 / 1 回
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		100 円 / 1 回
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		800 円 / 30 分
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		3,800 円 / 月額
<b>健康管理サービス</b>						
定期健康診断			なし	あり		適宜、必要に応じて
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	○	
<b>入退院時・入院中のサービス</b>						
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		1,500 円 / 30 分
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。