

重要事項説明書

記入年月日	令和3年10月7日
記入者名	丸子 英明
所属・職名	ハーモニーライフ若葉・施設長

※ 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 法人	
	※法人の場合、その種類	メディカル・ケア・プランニング株式会社
名称	(ふりがな) めでいかる・けあ・ぷらんにんぐかぶしきがいしゃ メディカル・ケア・プランニング株式会社	
主たる事務所の所在地	〒331-0812 埼玉県さいたま市北区宮原町 4-16-25	
連絡先	電話番号	048-662-3101
	FAX番号	048-662-3102
	ホームページアドレス	http://www.mcp-net.jp
代表者	氏名	山田 一幸
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 平成 ・令和 14年 3月 12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) はーもにーらいふわかば ハーモニーライフ若葉	
所在地	〒350-2201 埼玉県鶴ヶ島市富士見二丁目 24-27	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 若葉駅 徒歩 10分
	交通手段と所要時間	①自動車利用の場合 ・関越自動車道 鶴ヶ島 IC から車で 10分
連絡先	電話番号	049-286-1011
	FAX番号	049-286-1012
	ホームページアドレス	http://www.mcp-net.jp
管理者	氏名	丸子 英明
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 2年 8月 7日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 2年 10月 1日

(類型) 【表示事項】

<p>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)</p> <p>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)</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p>		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1176201059
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成・令和 2年 10月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成・令和 2年 10月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1503.54 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		② 事業者が賃借する土地（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 (2020年 10月 1日～ 2050年 9月 30日) 2 なし	
	契約の自動更新	① あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	2128.47 m ²
		うち、老人ホーム部分	1922.61 m ²
	耐火構造	① 耐火建築物 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 3 木造 4 その他（ ）	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
		② 事業者が賃借する建物（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 (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし	
	契約の自動更新	① あり 2 なし	
居室の状況	居室区分	① 全室個室（縁故者居室を含む）	
	【表示事項】	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="radio"/> 有/無	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	18.00 m ²	44戸	介護居室個室
タイプ2	<input checked="" type="radio"/> 有/無	有/ <input checked="" type="radio"/> 無	18.60 m ²	8戸	介護居室個室
タイプ3	有/無	有/無	m ²		
タイプ4	有/無	有/無	m ²		
タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²		
タイプ7	有/無	有/無	m ²		
タイプ8	有/無	有/無	m ²		
タイプ9	有/無	有/無	m ²		
タイプ10	有/無	有/無	m ²		

※「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。

共用施設	共用便所における 便房	4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	4ヶ所
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	6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	1ヶ所
その他（ ）			5ヶ所	
食堂	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし		
エレベーター	<input checked="" type="radio"/> あり（車椅子対応） <input checked="" type="radio"/> あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし			
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	

	火災通報設備	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="radio"/> あり	2 なし
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="radio"/> あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input checked="" type="radio"/> あり 2 一部あり 3 なし
			浴室 <input checked="" type="radio"/> あり 2 一部あり 3 なし
			その他 () 1 あり 2 一部あり <input checked="" type="radio"/> 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	<p>特定介護等従事者は、指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供にあたって、特定施設計画サービス計画に基づき、要介護状態の入居者に対し、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来る様、必要な援助を行う。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>通常は重要事項説明書に則り、サービス提供を行う。但し、急変時等による医療機関の受診は職員同行により対応する。</p> <p>食事に関しては、通常メニューによる食事の提供の他、誕生日や催し等の際に、イベント食としてケーキ等を提供している。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="radio"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
		(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
		(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
	ADL維持等加算	(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
		(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算			<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算			<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	医療機関連携加算			<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算			<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算			1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	科学的介護推進体制加算			<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	障害者等支援加算			1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	L I F E への登録			<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算			<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
		(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
(II)		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
サービス提供体制強化加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
	(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
	(III)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
介護職員処遇改善加算		(I)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	

	(II)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	(III)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	(IV)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	(V)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
	介護職員特定処遇改善加算	(I)	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定		1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	<input checked="" type="radio"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="radio"/> 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団優青会あおぞらクリニック川越
		住所	埼玉県川越市南通町 19-2 レジデンスからもも 307号室
		診療科目	内科、精神科
		協力科目	
		協力内容	訪問診療・定期健康相談・定期健康診断
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	澤田歯科医院
		住所	埼玉県川越市古市場 497
		協力内容	口腔衛生・口腔内治療

(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 ③ その他 (入居後の身体状況、認知症状態により居室変更)	
判断基準の内容	・訪問診療担当医の医療所見 ・施設長及び介護職員によるケアカンファレンス	
手続きの内容	・家族様への説明と承諾 ・関係機関への連絡	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	住み替え前と変更なし	
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	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり ② なし
	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	利用者様は、事業者に対して解約する 30 日前までに文書にて解約の申し出を通知することで、本契約を解除することができます。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 15 条規約
	解約予告期間	入居契約書 15 条規約
入居者からの解約予告期間	入居契約書 16 条規約	
体験入居の内容	① あり (内容: 2泊3日程度) 2 なし	

入居定員	52 人
その他	

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1 名	1 名	0 名	1
生活相談員	1 名	1 名	0 名	1
直接処遇職員	43 名	17 名	26 名	28.3
介護職員	25 名	8 名	17 名	17.3
看護職員	5 名	1 名	4 名	3.4
機能訓練指導員	1 名	1 名	0 名	1
計画作成担当者	1 名	1 名	0 名	1
栄養士	0 名	0 名	0 名	0
調理員	7 名	3 名	4 名	5.2
事務員	2 名	1 名	1 名	1.5
その他職員	0 名	0 名	0 名	0
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	0名	1名	0名
介護福祉士	9名	5名	4名
実務者研修の修了者	6名	3名	3名
初任者研修の修了者	6名	1名	5名
介護支援専門員	2名	2名	0名

(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	5名	1名	4名
理学療法士	0名	0名	0名
作業療法士	0名	0名	0名
言語聴覚士	0名	0名	0名
柔道整復士	0名	0名	0名
あん摩マッサージ指圧師	1名	1名	0名
はり師	0名	0名	0名
きゅう師	0名	0名	0名

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時45分～ 9時15分)		
	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	2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	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上
--------------------------	-----------------------	----------------------------

職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)		c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.2 : 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								
	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	2	2	6	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	0	4	7	0	0	0	0	0	0	
業務に従事した経験年数 の人数	1年未満	0	3	3	5	0	0	0	0	0	
	1年以上 3年未満	1	1	5	12	1	0	1	0	1	
	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				①あり 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定		1 あり ② なし
要介護状態に応じた金額設定		1 あり ② なし
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		1 減額なし ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金の改定	条件	ホームの所在する地域について、発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し変更する場合。その他介護保険法令等の変更があった場合。
	手続き	事業者がご利用者様に説明を行い同意を得たうえで行う。

(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	要介護1	
	年齢	70歳	歳
居室の状況	床面積	18.0 m ²	m ²
	便所	①有 2 無	①有 2 無

	浴室	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無
	台所	1 有 (2) 無	1 有 (2) 無
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	195,000 円	195,000 円
月額費用の合計		190,575 円	198,772 円
家賃		65,000 円	65,000 円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	16,575 円
		食費	63,000 円
		管理費	21,000 円
		介護費用	0 円
		光熱水費	25,000 円
		その他	0 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	65,000 円/1 ヶ月 近傍同種の家賃相場を参考に設定
敷金	家賃の3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	状況把握サービス、生活相談サービス
食費	1日あたり2,100円×30日で計算
光熱水費	21,000円（共同設備の維持管理費、共用消耗品、事務管理費、光熱費）
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 別途介護サービス一覧表による
その他のサービス利用料	上乗せ人員配置費として設定

(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

要介護度別	自立	0人
	要支援1	6人
	要支援2	0人
	要介護1	7人
	要介護2	16人
	要介護3	7人
	要介護4	14人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	15人
	1年以上5年未満	26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	89歳
入居者数の合計	51人
入居率※	98.1%
※ 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	0人
	医療機関	3人
	死亡者	7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		ハーモニーライフ若葉苦情相談口
電話番号		049-286-1011
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし

(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="radio"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険加入
	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="radio"/> あり	(その内容) ① 関係各所へ事故報告 ② 速やかに賠償対応
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> あり	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

	② なし
--	------

9. 入居希望者への事前の情報開示

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

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> ① あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="radio"/> 2 なし	
	<input checked="" type="radio"/> ① 代替措置あり	(内容) 来所時に報告や連絡を行い意見を頂く。
	<input type="radio"/> 2 代替措置なし	

提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり（提携ホーム名： ） ② なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし ③ サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	① あり 2 なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	① あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） ③ 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
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 平成・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	なし	併設・隣接	ヘルパーステーションつどい南大塚	川越市南大塚3-6-9
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	ライフリハ大沢	越谷市大沢3-28-1
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	ハーモニーライフ春日部	春日部市一ノ割4-3-13
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	定期巡回つどい南大塚	川越市南大塚3-17-18
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	小規模多機能つどい東所沢	埼玉県所沢市東所沢2-16-7
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		
地域密着型特定施設入居者生活介護	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	グループホームつどい「和泉」	埼玉県東松山市和泉町5-36
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	つどい支援事業所南大塚	埼玉県川越市南大塚3-6-7
<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	○			
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		○	実費になります。	
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		○	※緊急時のみ対応。	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	3,000円/月	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり		○	100円/1食	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	1,700円	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,575円～	※週1回で品物は限られる。

役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	540円	
金銭・貯金管理			なし	あり	○			※希望者のみ対応。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
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	○			※緊急時のみ対応。
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。