

重要事項説明書

記入年月日	2019/8/15
記入者名	町田 徹
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
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	〒134-0081 東京都江戸川区北葛西1-22-17	
連絡先	電話番号	03-6663-6036
	FAX番号	03-6663-6035
	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 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) はーもにーらいふつるがしま ハーモニーライフ鶴ヶ島	
所在地	〒350-2203 埼玉県鶴ヶ島市上広谷383	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 鶴ヶ島駅
	交通手段と所要時間	① 徒歩の場合 「鶴ヶ島駅」西口より徒歩6分 ② 自動車の場合 関越自動車道「鶴ヶ島」I.Cより12分
連絡先	電話番号	049-287-1380
	FAX番号	049-287-1370
	ホームページアドレス	http://www.mcp-net.jp
管理者	氏名	町田 徹
	職名	施設長

建物の竣工日	昭和・平成 19年 12月 28日
事業の開始日	昭和・平成 28年 2月 1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1176200812
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	2016年 2月 1日
	指定の更新日（直近）	2022年 1月 31日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,031㎡	
	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (2016年2月1日~2027年12月27日) 2 なし
	契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	3,042.01㎡
		うち、老人ホーム部分	2,031㎡
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
		4 その他 ()	
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年2月1日~2027年12月27日)	

			2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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			人部屋	
		最大			人部屋	
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	25.70 m ²	36	介護居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	34.90 m ²	12	介護居室個室	
※「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	9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		7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	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1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 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	談話室、洗濯室、多目的室、健康管理室、相談室、事務室、リハビリ機器、庭園、陶芸設備、エレベーター、静養室					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域に開かれた施設運営を行います。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退院、退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	(I)ロ	1 あり 2 なし
	(II)	1 あり 2 なし
	(III)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2.5 : 1
	2 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 (訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	医療法人仁会 染井クリニック
		住所	埼玉県鶴ヶ島市新町2-23-3

		診療科目	内科・胃腸科・循環器科・外科
		協力内容	訪問診療・定期健康相談・定期健康診断
	2	名称	あおぞらクリニック川越
	住所	埼玉県川越市南通町 19-2	
	診療科目	内科・精神科	
	協力内容	訪問診療・定期健康相談・定期健康診断	
協力歯科医療機関	名称	医療法人 桜樹会 さくらぎ入間歯科	
	住所	埼玉県入間市豊岡 1 丁目 13-2-1	
	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)

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 ()	
判断基準の内容	常時見守りが必要な場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。	
手続きの内容	① 医師の意見を聞く ② 3 か月間の観察期間を置く ③ 本人及び身元引受人の同意を得る	
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	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし ※二人部屋からの移動の場合のみ
	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	・ 60 歳以上の自立・要支援要介護認定者及び介護保険で指定する特定疾病のある 40 歳から 64 歳の方	

	・共同生活を営める方	
契約の解除の内容	入居契約書第9条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第9条による
	解約予告期間	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月前	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容：1泊2日3食付 5,400円） <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	60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
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	2	2		2
直接処遇職員	32	11	21	22
介護職員	25	11	14	15
看護職員	6	0	6	2.5
機能訓練指導員	1	1	0	1
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	(委託)	1	0	1
調理員	(委託)	3	0	3
事務員	1	1	0	1
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				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。				

(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		
介護福祉士	9	5	4
実務者研修の修了者	4	2	2
初任者研修の修了者	12	4	8
介護支援専門員	1	1	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	6	0	6
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	1	1	0

(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	0
介護職員	2	2

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率* 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.4 : 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	

(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		4	6	8	1		1			
前年度1年間の退職者数	2	2	3	11						
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数に	1年未満	6	5	3						
	1年以上 3年未満	1	2		1		1			
	3年以上 5年未満		4	7	1				1	
	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	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額	

		3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金 の改定	条件	消費者物価指数等を勘案し、料金が不相当となった場合。
	手続き	運営懇談会で意見を聞き、料金を改定する。

(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	2	支援1
	年齢	90歳	86歳
居室の状況	床面積	25.70㎡	34.90㎡
	便所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 無	1 有 <input type="checkbox"/> 無
	台所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入居時点で 必要な費用	前払金	なし	なし
	敷金	195,000円	270,000円
月額費用の合計		193,000円	218,000円
家賃		65,000円	90,000円
共益費		65,000円	65,000円
光熱水費		共益費に含む	共益費に含む
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用		介護度による
	介護保険外	食費	63,000円
		生活支援費	0円
		上乗せ介護費	0円
		その他	都度払いサービスあり
都度払いサービスあり		都度払いサービスあり	
※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用			
※ 自立の方は上段に加え生活支援サービス費、¥20,519を別途頂戴します。			
※ 消費税について、表示金額は総額表示			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	家賃の3ヶ月分
家賃	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
共益費	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、水光熱費により算定
光熱水費	共益費に含む
特定施設入居者生活介護の費用	介護保険の自己負担額
食費	業務委託料により算定
生活支援費	人件費により算定

上乗せ介護費	人件費により算定
その他	人件費、消耗品費等による。 サービス内容・費用は別添2による。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	基本報酬、加算の利用者負担分
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）	人件費により算定
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

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	13人
	女性	33人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	11人
	85歳以上	31人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	1人
	要介護1	9人
	要介護2	6人
	要介護3	8人
	要介護4	14人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	39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	88歳
入居者数の合計	46人

入居率※	76.6%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	5人
	死亡者	2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)

窓口の名称		ハーモニーライフ鶴ヶ島
電話番号		049-287-1380
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
窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		埼玉県都市整備部住宅課
電話番号		048-830-5562
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	

定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	
窓口の名称	鶴ヶ島市消費生活相談センター	
電話番号	049-271-1111	
対応している時間	平日	9:30～12:00 13:00～15:00
	土曜	9:30～12:00 13:00～15:00
	日曜・祝日	
定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	
窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター川越	
電話番号	049-247-0888	
対応している時間	平日	9:30～12:00 13:00～15:00
	土曜	9:30～12:00 13:00～15:00
	日曜・祝日	
定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	
窓口の名称	埼玉県国保連合会 介護保険課 苦情対応係	
電話番号	048-824-2568	
対応している時間	平日	9:30～12:00 13:00～15:00
	土曜	9:30～12:00 13:00～15:00
	日曜・祝日	
定休日	土曜、日曜、祝日、12/29～1/3	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 火災保険
	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) 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。 事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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 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
事業収支計画書	<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
財務諸表の要旨	<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
財務諸表の原本	<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

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	

提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり（提携ホーム名： ） <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし 3 該当なし
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（別に実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 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

事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類				事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	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			
訪問看護	あり	なし			
訪問リハビリテーション	あり	なし			
居宅療養管理指導	あり	なし			
通所介護	あり	なし	らいふりハ天沢	越谷市大沢3-28-1	
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	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			
特定福祉用具販売	あり	なし			
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし			
夜間対応型訪問介護	あり	なし			
認知症対応型通所介護	あり	なし			
小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームつどい西村家	熊谷市拾六間726-10	
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	つどい支援事業所南大塚	川越市南大塚3-6-9	
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	あり	なし			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			
介護予防訪問看護	あり	なし			
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			
介護予防通所介護	あり	なし			
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			
<地域密着型介護予防サービス>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし			
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし			
介護予防支援	あり	なし			
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし			
介護老人保健施設	あり	なし			
介護療養型医療施設	あり	なし			

別添 2

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	個別の利用料で、実施するサービス			備考		
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	生活介護費（利用者一部負担※1）	生活介護費（利用者一部負担※1）			
介護サービス	なし	あり	包含※2	都度※2	料金(税込)※3	あり
食事介助	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
おむつ代	なし	なし	なし	○		実費になります。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
特浴介助	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
身辺介助	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
機能訓練	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
通院介助	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	あり	○	3,000円/月	生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
リネン交換	なし	あり	あり	○	300円/回	1 ネットにつき
日常の洗濯	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	あり	○		
おやつ	なし	あり	あり	○		食事代を含む
理美容師による理美容サービス	なし	あり	あり	○	1,500/回	2 業者より選択
買い物代行	なし	あり	あり	○	1,575円～	指定日以外（指定日は無料）
役所手続き代行	なし	あり	あり	○	540円～	
お部屋での軽作業	なし	あり	あり	○	1,050円	
金銭・貯金管理	なし	あり	あり	○	0円	希望者のみ
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
健康相談	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
服薬支援	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
入退院時の同行	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む
入院中の見舞い訪問	なし	あり	あり	○		生活支援費 (20,519円 (税込) /月) に含む

※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於いて、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。

