

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	2020年7月1日
記入者名	小林 典子
所属・職名	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	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ さんえいどうしょうじ 株式会社 三英堂商事	
主たる事務所の所在地	〒150-0002 東京都渋谷区渋谷二丁目 15 番 1 号	
連絡先	電話番号	03-5466-1571
	FAX番号	03-5466-2837
	ホームページアドレス	http://www.saneido.co.jp
代表者	氏名	上村 岩男
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 53年 11月 15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) かぞくのいえひまわり きたかすかべ 家族の家ひまわり 北春日部	
所在地	〒344-0053 埼玉県春日部市梅田本町 2-29-5	
主な利用交通手段	最寄駅	北春日部駅
	交通手段と所要時間	北春日部駅 (東武伊勢崎線) 徒歩 6 分
連絡先	電話番号	048-760-1560
	FAX番号	048-760-1771
	ホームページアドレス	http://www.saneido.jp
管理者	氏名	小林 典子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和(平成) 22年 11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)		
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	1 1 7 0 6 0 2 3 0 2
	指定した自治体名	埼玉 県 (市)
	事業所の指定日	平成 2 4 年 1 1 月 1 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	6 9 6 . 1 9 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

		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の有無</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td>① あり (平成22年11月1日~平成42年10月31日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の有無	1 あり 2 なし	契約期間	① あり (平成22年11月1日~平成42年10月31日) 2 なし	契約の自動更新	1 あり 2 なし
抵当権の有無	1 あり 2 なし							
契約期間	① あり (平成22年11月1日~平成42年10月31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	1,074.19 m ²					
		うち、老人ホーム部分	1,074.19 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						
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 【表示事項】	1 全室個室						
		2 相部屋あり						
		最少	人部屋					
		最大	人部屋					
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※		
	タイプ1	有/無	有/無	m ²				
	タイプ2	有/無	有/無	m ²				
	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	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所		
	共用浴室	ヶ所	個室	ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	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	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) ② 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	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				
その他						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	1、地域密着を目指すこと 2、地域他の職種分野との協力体制を確立すること 3、入居者の尊厳を維持すること 4、入居者の残存生命力を引き出すこと 5、入居者に充実した一日一日を送っていただくこと 6、入居者の心が癒されるホームにすること
サービスの提供内容に関する特色	
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	個別機能訓練加算	① あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり ② なし	
	医療機関連携加算	① あり 2 なし	
	看取り介護加算	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
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	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	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	

	2 なし
--	------

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 ② 入退院の同行 ③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 庄和会 庄和中央病院
		住所	埼玉県春日部市上金崎2-8
		診療科目	一般診療、健康診断、救急対応
		協力内容	
	2	名称	医療法人社団 洪庵会 いぐさクリニック
		住所	東京都杉並区下井草3丁目3-9-2 1 ヴィラジャールディーノ 2F
		診療科目	訪問診療、一般内科、病院紹介、健康管理相談
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	なし	
	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 ※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 ()
判断基準の内容	
手続きの内容	介護居室利用者の容態変化に伴っての居室変更の場合は、一定の容態観察期間を設け、記録し、医師の意見を聴きご家族の同意を得た上で行ないます。
追加的費用の有無	1 あり ② なし
居室利用権の取扱い	居室移動した場合は、移動後の居室利用権に変更となります。
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)

(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	<p>(1)、年齢は概ね60歳以上の方 (2)、身体機能の低下等が認められ、又は高齢のため独立して生活することに不安がある方 (3)、感染症等を有せず、且つ問題行動を伴わない方で共同生活に適応できる方 (4)、当施設を利用するについて、諸費用等の支払いのできる資産、所得、仕送り等の資力があり、所定の利用料等が支払可能な方 (5)、原則として確実な保証能力を有する連帯保証人（兼身元引受人）を擁立できる方 (6)、自立又は要介護（要支援）認定申請を行なっている方</p>	
契約の解除の内容	「入居契約書」の定めのとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	ヶ月
入居者からの解約予告期間		ヶ月
体験入居の内容	(1) あり（内容：1日～1ヶ月（11,000円/日 税込）） 2 なし	
入居定員		29人
その他	体験入居は介護保険適用外になります。	

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	1		0.5
生活相談員	2	2		1
直接処遇職員				
介護職員	11	3	8	9.4
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員				
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
※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	2	1	1
実務者研修の修了者			

初任者研修の修了者	5	1	4
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	1	1	
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

(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 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)	3 : 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、	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	

本欄は省略可能)	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											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満				4						
	1年以上 3年未満	2		1	2						
	3年以上 5年未満			1	1						
	5年以上 10年未満			1	1						
	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	
	手続き	

(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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	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	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	介護保険外※ ²	食費	円	円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
	その他	円	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	名称：住居費 51,700円（非課税）
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	名称：施設運営費 64,800円 施設の維持管理、リネン管理、事務に係る人件費、水道光熱費含む
食費	食費：54,390円 朝食、昼食、おやつ、夕食
水道光熱費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(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				
※1ヶ月30日利用の場合					
基本分		令和元年10月1日現在			
要介護・要支援認定	単位数	介護費	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要支援1	181単位/日	55,766円	5,577円	11,154円	16,730円
要支援2	310単位/日	95,511円	9,552円	19,103円	28,654円
要介護1	536単位/日	165,141円	16,515円	33,029円	49,543円
要介護2	602単位/日	185,476円	18,548円	37,096円	55,643円
要介護3	671単位/日	206,735円	20,674円	41,347円	62,021円
要介護4	735単位/日	226,453円	22,646円	45,291円	67,936円
要介護5	804単位/日	247,712円	24,772円	49,543円	74,314円
○加算分		※要介護1~5のみ適用~5のみ適用			
要介護・要支援認定	単位数	介護費	1割負担分	2割負担分	3割負担分
夜間看護体制加算※	10単位/日	3,081円	309円	617円	925円
個別機能訓練加算	12単位/日	3,697円	370円	740円	1,110円
医療機関連携加算	80単位/月	821円	83円	165円	247円

退院・退所時連携加算※	30 単位/日	9,243 円	925 円	1,849 円	2,773 円
入居継続支援加算※	36 単位/日	11,091 円	1,110 円	2,219 円	3,328 円
生活機能向上連携加算 A	100 単位/月	1,027 円	103 円	206 円	309 円
生活機能向上連携加算 B	200 単位/月	2,054 円	206 円	411 円	617 円
若年性認知症入居者受入加算	120 単位/日	36,972 円	3,698 円	7,395 円	11,092 円
口腔衛生管理体制加算	30 単位/月	308 円	31 円	62 円	93 円
栄養スクリーニング加算	5 単位/回	51 円	6 円	11 円	16 円
サービス提供体制強化加算					
(I) イ	18 単位/日	5,545 円	555 円	1,109 円	1,664 円
(I) ロ	12 単位/日	3,697 円	370 円	740 円	1,110 円
(II)	6 単位/日	1,848 円	185 円	370 円	555 円
(III)	6 単位/日	1,848 円	185 円	370 円	555 円
認知症専門ケア加算					
(I) (II)	3 単位/日	924 円	93 円	185 円	278 円
	4 単位/日	1,232 円	124 円	247 円	370 円
看取り介護加算 注)					注) 当加算のみ 1 日あたりの額
a 死亡日以前 4~30 日 b	144 単位/日	1,478 円	148 円	296 円	444 円
死亡日の前日と前々日 c	680 単位/日	6,983 円	699 円	1,397 円	2,095 円
死亡日	1280 単位/日	13,145 円	1,315 円	2,629 円	3,944 円
介護職員処遇改善加算 (I)					月間所定単位数に 8.2% を乗じた単位数
介護職員等特定処遇改善加算					
(I)					月間所定単位数に 1.8% を乗じた単位数
(II)					月間所定単位数に 1.2% を乗じた単位数

・ 当ホームの介護保険サービス費（介護費）は、1 単位＝10.27 円（6 級地）です。

・ 介護費は、（介護費の単位）×（1 単位の単価）×（利用日数）で求め、小数点以下切り捨て。

・ 続いて法定代理受領相当分を、1 割負担分の場合は介護費の 9 割、2 割負担分の場合は介護費の 8 割、3 割負担分の場合は介護費の 7 割でそれぞれ求め、小数点以下切り捨て。

・ 1 割、2 割又は 3 割負担分の額は、介護費から上記により求めたそれぞれの法定代理受領相当分を差し引いた額となります。

・ 実際の介護費は、実際のご利用日数、加算分の適用内容に応じて決定します。

・ 加算分については、施設が基準・要件を満たしていない場合は適用になりません。

・ 償還払いの場合には、法定代理受領相当分に関して、ご自身で市区町村への手続きが必要です。

・ 消費税は非課税です。

※負担割合については、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に準じます。

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（上乘せサービス）	
--	--

※ 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）		ヶ月
償却の開始日		入居日
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）		円
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	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： ）	

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	11人
	女性	16人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	5人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	3人
	要介護1	8人
	要介護2	4人
	要介護3	9人

	要介護4	1人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	15人
	5年以上10年未満	4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	78歳
入居者数の合計	27人
入居率※	93%
※ 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。	

(前年度における退居者の状況)

退居先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	1人
	死亡者	1人
	その他	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	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		家族の家ひまわり北春日部相談係
電話番号		048-760-1560 担当：施設長
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		株式会社 三英堂商事 シルバー事業部
電話番号		03-5466-1571
対応している時間		9:00~18:00
定休日		土日、祝日、夏期休暇、年末年始
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568
対応している時間		9:00~17:00
定休日		土日祝日、年末年始
窓口の名称		春日部市 高齢介護課
電話番号		048-736-1111
対応している時間		9:00~17:00
定休日		土日祝日、年末年始

(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) 1、介護者の過失による事故についての損害賠償保険 2、施設の設備過失による事故についての損害賠償保険
	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) 保険者に報告し指導を受け適切な対応をとります。
	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	① あり	実施日	
		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	
		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	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	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 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 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 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 2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：) 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	中廊下で 2.7m 以上とすべきところ、1.5～1.8m である

添付書類：別添 1 (別の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
<居宅サービス>			
訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし	
通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし	
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	家族の家ひまわり与野 埼玉県さいたま市中央区鈴谷8-3-8
			家族の家ひまわり春日部 埼玉県春日部市粕壁6040-1
			家族の家ひまわり上尾 埼玉県上尾市富士見1-6-24
			家族の家ひまわり狭山 埼玉県狭山市富士見 1-30-9
			家族の家ひまわり嵐山 埼玉県比企郡嵐山町川島197 3-3
			家族の家ひまわり東松山 埼玉県東松山市大字東平147 7-1
			家族の家ひまわり三郷 埼玉県三郷市戸ヶ崎 1-133-1
			家族の家ひまわり杉戸 埼玉県北葛飾郡杉戸町杉戸1-12-7
			家族の家ひまわり幸手 埼玉県幸手市大字上高野908 -1
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし	
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし	

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	家族の家ひまわり与野	埼玉県さいたま市中央区鈴谷8-3-8
			家族の家ひまわり上尾	埼玉県上尾市富士見1-6-24
			家族の家ひまわり狭山	埼玉県狭山市富士見1-30-9
			家族の家ひまわり嵐山	埼玉県比企郡嵐山町川島1973-3
			家族の家ひまわり東松山	埼玉県東松山市大字東平1477-1
			家族の家ひまわり三郷	埼玉県三郷市戸ヶ崎1-133-1
			家族の家ひまわり杉戸	埼玉県北葛飾郡杉戸町杉戸1-12-7
			家族の家ひまわり幸手	埼玉県幸手市大字上高野908-1
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		

介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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）			包含※ ²	都度※ ²	料金※ ³	備考
介護サービス								
食事介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
おむつ代			なし	あり		○	備考参照	パンツおむつ 5,148 円、オープンおむつ 2,640 円、尿取りパッドレギュラー1,166 円、尿取りパッドスーパー1,572 円、フラットおむつ 2,112 円(1 袋。廃棄量込)
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		○	備考参照	週 3 回以上を希望する場合、自立の方 550 円/回、要支援・要介護の方 1,100 円/回
特浴介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		○	備考参照	週 3 回以上を希望する場合、自立の方 550 円/回、要支援・要介護の方 1,100 円/回
身辺介助（移動・着替え等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
機能訓練	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
通院介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		○	8,800 円	1 回あたり。提携医療機関の場合、無料。
生活サービス								
居室清掃	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
リネン交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
日常の洗濯	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				

居室配膳・下膳	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	備考参照	給食会社の請求に基づき、ご請求致します
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/>	○			基本料金の食費に含む
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	1,100円	1回あたり。近隣での日用品の買い物代行は無料。
役所手続き代行	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/>	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				年2回。自立の方は実費。
健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>		○	8,800円	1回あたり。3時間を超えた場合1時間増す毎に基本料金に2,200円加算
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	8,800円	1回あたり。提携医療機関の場合、無料。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input type="checkbox"/>	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（介護保険負担割合証に応じた利用者負担）。

※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。