

特定施設入居者生活介護  
介護予防特定施設入居者生活介護

重要事項説明書



ヒューマンサポート東松山  
株式会社 日本ヒューマンサポート

# 重 要 事 項 説 明 書

記入年月日	2020(令和2)年7月1日
記入者名	河野 伸哉
所属・職名	施設長

## 1. 事業主体概要

種 類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 にほんひゅーまんさぽーと 株式会社 日本ヒューマンサポート	
主たる事務所の所在地	〒344-0066 本 店 埼玉県春日部市備後西5丁目1-44	
連絡先	電話番号	本店 048-731-0500
	FAX番号	本店 048-731-0501
	ホームページ アドレス	なし
		<input checked="" type="checkbox"/> 'http://n-h-s.jp/'
代表者	氏 名	久野 義博
	職 名	代表取締役
設立年月日	昭和59年2月15日	
主な実施事業	※別添1(別々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

名 称	(ふりがな) かいごつきゆうりようろうじんほーむ ひゅーまんさぽーとひがしまつやま 介護付有料老人ホーム ヒューマンサポート東松山		
所在地	〒355-0036 埼玉県東松山市下野本1466-1		
主な利用交通手段	東武東上線 『東松山』駅より川越行きバス「柏崎」バス停下車徒歩1分		
事業所等の連絡先	電話番号	0493-27-8500	
	FAX番号	0493-27-8501	
	ホームページ アドレス		
		<input checked="" type="checkbox"/> 'http://n-h-s.jp/higashimatuyama/'	
管理者	氏名	河野 伸哉	
	職名	施設長	
建物の竣工日	平成27年4月1日		
有料老人ホーム事業の開始日	平成27年9月1日		

### (類型) 【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 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	第 1173301217号	
	指定した自治体名	埼玉県	
	指定の年月日	平成27年 9月 1日	
	指定の更新日(直近)		

## 3.建物概要

施設の敷地に関する事項			
敷地の面積	2037.00㎡		
事業所を運営する法人が所有	<input checked="" type="checkbox"/>	一部あり	あり

	抵当権の設定		なし				あり
	貸借(借地)						
	なし	あり	契約期間	始		終	
				契約の自動更新		なし	あり
	施設の建物に関する事項						
	建物の延床面積		2731.32㎡				
	事業所を運営する法人が所有		なし	一部あり		あり	
	抵当権の設定		なし			あり	
	貸借(借家)						
	なし	あり	契約期間	始	2015年8月1日	終	2045年7月31日
				契約の自動更新		なし	あり
	施設、設備等の状況						
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			なし	あり		
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築			なし	あり		
居室の状況	区分	室数		人数	1の居室の床面積		
	一般居室個室	あり	なし		㎡		
	一般居室相部屋	あり	なし		㎡		
					㎡		
	介護居室個室	あり	なし	75	75	18.60㎡	
	介護居室相部屋	あり	なし		㎡		
					㎡		
	一時介護室	あり	なし		㎡		
				㎡			
共用便所の設置数	7	うち男女別の対応が可能な数			0		
		うち車椅子等の対応が可能な数			3		
個室の便所の設置数	75	個室における便所の設置割合			100%		
		うち車椅子等の対応が可能な数			100%		
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽		特殊浴槽	リフト浴	
		3			1	2	
	その他、浴室の設備に関する事項 各階には個浴、機械浴を設置（2階には寝台浴を設置）						

食堂の設備状	各階にテーブル・椅子・テレビ・洗面台		
入居者等が調理を行う設備状況		なし	あり
その他、共用施設の設備状況			
な	あり	(その内容)応接兼談話室・食堂・機能訓練室・エレベーター(ストレッチャー対応)	
バリアフリーの対応状況			
	(その内容)施設全域バリアフリー		
緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり
外線電話回線の設置状況	なし	一部あり・公衆電	各居室内あり
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり
消防用設備等	消火器	あり	なし
	自動火災報知設備	あり	なし
	火災通報設備	あり	なし
	スプリンクラー	あり	なし
	防火管理者	あり	なし
	防災計画	あり	なし

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

施設の運営に関する方針	「老後安心」をモットーにし、高齢者の方々のため関係法令・規則を遵守し、快適な居住環境の提供と、介護サービスをはじめとする各種サービスの提供により、「ゆとり」と「安らぎ」のある暮らしの実現に努め、健全な経営のもとに地域社会への貢献を目指すこととします。		
サービスの提供内容に関する特色	医療連携の強化により胃ろう・ストマ・バルーン・インスリン投与・CPAP・NIPPV療法・ペースメーカー装着者でも安心して入居が出来る看護師体制で利用者をサポートすることで複合ヘルスケアの実現を図る		
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	個別機能訓練の実施	なし	あり
	夜間看護体制加算	なし	あり
	医療機関連携加算	なし	あり
	看取り介護加算	なし	あり

	利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙
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)
	<input type="checkbox"/> 2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付添 <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他
協力医療機関	名称	さいわい内科クリニック
	住所	埼玉県東松山市幸町2-13 電話番号0493-27-3181
	診療科目	内科・消化器内科
	協力内容	入居者の健康管理・相談・治療に協力と共に、診断の結果、入院加療が必要とされる場合、入居者の同意のもとに、連携病院として入院を支援します。また、入居者に係わる医療情報の提供、並びに本人の同意のもとに受診に協力します。(内科)
協力歯科医療機関	名称	杉澤歯科医院
	住所	埼玉県東松山市材木町13-3 電話番号0493-23-5280
	診療科目	一般歯科・口腔外科
	協力内容	協力歯科による相談、歯科治療。(一般歯科、インプラント、口腔外科)

(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	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	全室個室のため、該当なし		
一時介護室へ移る場合			
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり
居室利用権の取扱い	(その内容)全室個室のため、該当なし		
入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし		あり

従前居室との仕様の変更			
	便所の変更の有無	なし	あり
	浴室の変更の有無	なし	あり
	洗面所の変更の有無	なし	あり
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容)		
介護居室へ移る場合			
	追加的費用の有無	なし	あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容) 全室個室のため、該当なし		
	入居一時金償却の調整の有無	なし	あり
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前居室との仕様の変更			
	便所の変更の有無	なし	あり
	浴室の変更の有無	なし	あり
	洗面所の変更の有無	なし	あり
	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容)		
その他		なし	あり
	追加的費用の有無	なし	あり
	居室利用権の取扱い		
	(その内容) 移動時の居室の利用権は消滅し、新に移動後の居室の利用権を取得する		
	入居一時金償却の調整の有無	なし	
	従前の居室からの面積の増減の有無	なし	
従前居室との仕様の変更			
	便所の変更の有無	なし	あり
	浴室の変更の有無	なし	あり
	洗面所の変更の有無	なし	あり
	台所の有無	なし	あり

	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容)		

(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	あり	なし
	要支援の者	あり	なし
	要介護の者	あり	なし
留意事項	概ね65歳以上の要支援から要介護5の介護認定を受けている方 または、40歳以上の2号被保険者で特定疾病の認定を受けている方		
契約の解除の内容	入居契約書第31条(事業者からの契約解除) ・第32条(入居者からの解約) ・第33条(契約の解除)に記載する		
体験入居の内容	※12,000円／日(1週間以内) 税込(食事代含む)		
入居定員	定員75名		
その他			



## 5. 職員体制

(職種別の職員数)

2020(令和2)年 7月 1日時点

点

	職員数(実人数)				合計	常勤換算人数
	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
管理者	1				1	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	3		1		4	3.8
介護職員	30		1		31	30.3
機能訓練指導員		1			1	0.1
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士						外部委託
調理員	2		3		5	外部委託
事務員	2				2	2
その他従業者				2	2	1.2

(資格を有している介護職員の人数)

	職員数(実人数)			
	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	7		1	
介護職員実務者研修	2			
訪問介護員1級				
2級	16			
3級				
介護支援専門員	1			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

延べ人数	常勤		非常勤	
	専従	非専従	専従	非専従
理学療法士				
作業療法士				
言語聴覚士			1	
看護師及び准看護師				
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 (16:00～翌10:00)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)

看護職員	0人（オンコール体制）	0人
介護職員	3人	3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提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員	1				1	1
看護職員	3		1		4	3.8
介護職員	30		1		31	30.3
機能訓練指導員			1		1	0.1
計画作成担当者	1				1	1.0
その他従業者			2		2	1.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	7			1		
介護職員基礎研修	2					
訪問介護員1級						
2級	16					
3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士		1				
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
管理者の他の職務との兼務の有無なし						
管理者が有している 当該業務に係る資格等	なし		あり		介護福祉士・介護支援専門員	

(職員の状況)

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

前年度 2019年7月1日～2020年6月30日	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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		8	1	1	
前年度1年間の退職者数	1	2	1			
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			1			
1年以上3年未満の者の人数			11			
3年以上5年未満の者の人数			4			
5年以上10年未満の者の人数	1		8			
10年以上の者の人数	2	1	6	1	1	
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数				1		
10年以上の者の人数		1				

従業者の健康診断の実施状況

なし

あり

6.利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
一時金に関する費用		
①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
名称	入居一時金	

		最低の額	最高の額	最多価格帯	
	1人の入居の場合	0円	0円	0円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
	人の入居の場合	円	円	円	戸
		最低の額	最高の額	最多価格帯	
	人の入居の場合	円	円	円	戸
一時金の償却に関する事項					
償却開始	入居をした月		<input type="checkbox"/> なし	あり	
	上記以外		(その内容)		
初期償却率(%)					
償却年月数					
解約時返還金の算定方法					
保全措置の実施状況		<input type="checkbox"/> なし	あり	(その内容)	
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)			<input type="checkbox"/> なし	あり	
(「あり」の場合、その内容及び利用料)					
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとして					
の合理的な積算根拠				なし	あり
名称					
一時金の償却に関する事項					
償却開始	入居をした月		<input type="checkbox"/> なし	あり	
	サービス提供を開始した月		なし	あり	
	上記以外		(その内容)		
初期償却率(%)					
償却年月数					
解約時返還金の算定方法					
保全措置の実施状況		なし	あり	(その内容)	
③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料				<input type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)					

名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
	<input type="checkbox"/> なし	あり	(「あり」の場合、その内容)
④その他に要する一時金			<input type="checkbox"/> なし
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称		利用権	
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
	<input type="checkbox"/> なし	あり	(「あり」の場合、その内容)
一時金に対する留意事項等			
	<input type="checkbox"/> なし	あり	(「あり」の場合、その内容)
介護保険給付以外のサービスに要する費用			
月額の場合の利用料の額		153,300円/月(税抜)	
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	40,800円/月(税抜)
(「あり」の場合、その用途) 居室と共有部分の電気・ガス・水道及び維持管理費用、人件費の一部(1ヶ月分)			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	48,000円/月(税抜)
(「あり」の場合、その用途) 1日3食提供、入居者の状況により刻み食、ミキサー食での対応 食事代内訳……朝食500円 昼食550円 夕食550円			
電気代	<input type="checkbox"/> なし	あり	
基本的な電気代は管理費に含む 但し居室内において利用者の希望により電化製品を利用する場合コンセント3カ所までの電気料金として1,500円徴収			

利用者の個別的な選択による介護サービス利用料			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない 額に充当するものとしての合理的な積算根拠			
		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
個別的な選択による介護サービス		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 別添介護サービス等の一覧表をご参照下さい。			
家賃相当額	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	64,500円(非課税)
その他に必要な月額利用料		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
区分	介護給付費の単位	1ヵ月(30日分)の目安	自己負担分(1割)
要支援1	179単位/日	53,700円/月	5,370円/月
要支援2	308単位/日	92,400円/月	9,240円/月
要介護1	533単位/日	159,900円/月	15,990円/月
要介護2	597単位/日	179,100円/月	17,910円/月
要介護3	666単位/日	199,800円/月	19,980円/月
要介護4	730単位/日	219,000円/月	21,900円/月
要介護5	798単位/日	239,400円/月	23,940円/月
※上記料金は1ヶ月(30日)当たりの料金になります。(自己負担分1割または2割) ※上記金額には、地域加算、介護職員処遇改善加算(I)が別途加算されます。 ※一月につき医療連携加算が別途発生する場合があります。 ※一日につき夜間看護体制加算、個別機能訓練加算が別途発生する場合があります。 上記記載の他、洗濯代(3000円)レクリエーション費(1500円)喫茶費(1500円)金庫利用・金銭管理費(3,000円)、口座自動引落手数料(500円)は実費負担となります。※税抜表示			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 入居時、利用料金(居室料・食費・管理費)の1ヵ月分を保証金としてお預かりします。但し退去時に利用料金の遅延、居室の原状復帰等において不払いがない場合は、無利息で返還いたします。尚、これら不払いがある場合には保証金より相殺いたします。介護保険の再認定時に介護認定がされなかった方については自己負担として60,000円申し受けます。 協力医療機関以外への通院介助費用(交通費実費)、理美容費、おやつ代、おむつ代、その他個人使用分は実費負担となります。*税抜表示 ※詳細は別添介護サービス等の一覧表をご参照下さい。			

## 7 入居者の状況

(入居者の人数)

有料老人ホーム又は軽費老人ホームの入居者の状況

入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)

2020(令和2)年6月30日

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満		1				1人
65歳以上75歳未満				2		2人
75歳以上85歳未満	5	4	5	1		15人
85歳以上	15	14	9	10	3	51人
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護 <sup>※</sup>		
65歳未満						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満		1				1
85歳以上		1	3			4
						合計 74人
入居者の平均年齢	86.4歳					
入居者の男女別人数	男性	23人	女性	51人	合計	74人
入居率(一時的に不在となっている者を含む。)				98.6%		

(前年度における退居者の状況)

前年度 2019年7月1日～2020年6月30日

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						0
社会福祉施設			2			2
医療機関		1	3	1		5
死亡者	2	1	1	0	2	6
その他						0
					合計 15人	
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関		2				2
死亡者						0

その他						0
入居者の入居期間						
入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上
入居者数	5人	9人	60人	0人	0人	0人

## 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		
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対する窓口		
窓口の名称	ヒューマンサポート東松山 事務局 苦情担当係 施設長・生活相談員	
電話番号	0493-27-8500	
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	9:00～17:00
	日曜・祝日	9:00～17:00
定休日等	事業所の指定日による	
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等		
窓口の名称	① 埼玉県国民健康保険団体連合会 埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704番 ② 埼玉県東松山市役所 健康福祉部 高齢介護課 東松山市松葉町1-1-58 ③ 埼玉県庁 福祉部高齢介護課 埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目15番1号	
電話番号	① 埼玉県国民健康保険団体連合会 TEL048-824-2568 ② 東松山市役所 健康福祉部 高齢介護課 TEL0493-21-1406 ③ 埼玉県庁 福祉部高齢介護課 TEL048-824-2111	
対応している時間	平日	① 9:30～12:00 13:00～16:00 ② 8:30～17:15 ③ 8:30～17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
	定休日等	①②③土曜日・日曜日・祝祭日 12月29日～1月3日

### (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)

損害賠償責任保険の加入状況	
なし	<input checked="" type="checkbox"/> (その内容) 損害賠償責任保険加入



その他、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に関すること

なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、損害保険などの手配を
----	-------------------------------------	--

(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				
なし	<input checked="" type="checkbox"/> (予定)	実施した年月日	年 月 日	
		当該結果の開示状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況				
なし	<input checked="" type="checkbox"/> (予定)	実施した年月日	年 月 日	
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/>

### 9.入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛型	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度)年 1 回
	<input type="checkbox"/> なし	
提携ホームへの移行【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり	
	<input type="checkbox"/> なし	
埼玉県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	<input type="checkbox"/> あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input type="checkbox"/> あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

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

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者	部署		氏名	印
-----	----	--	----	---

私は、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護における「重要事項」の書類の受理及び説明を受け、同意しました。

入居者名	住所	
	氏名	印
代理	住所	
	氏名	印

※ 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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヒューマンサポート幸手	幸手市北1-13-20
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート深谷 ヒューマンサポート上里 ヒューマンサポート草加 ヒューマンサポート白岡東 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート川口赤井 ヒューマンサポート宮原	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-4 深谷市稲荷町1-10-28 児玉郡上里町大字七本木 草加市原町2-4-3 白岡市白岡東12-4 さいたま市岩槻区上野6-3-10 川口市赤井590-1 さいたま市北区吉野町1-353-4
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート春日部中央 ヒューマンサポート白岡 ヒューマンサポート岩槻	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-44 春日部市豊町1-4-5 白岡市白岡1066-1 さいたま市岩槻区上野6-3-10
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-44
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
＜地域密着型サービス＞				
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

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居者生活介護	あり	なし		
居宅介護支援				
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヒューマンサポート幸手	幸手市北1-13-20
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	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート深谷 ヒューマンサポート上里 ヒューマンサポート草加 ヒューマンサポート白岡東 ヒューマンサポート岩槻 ヒューマンサポート川口赤井 ヒューマンサポート宮原	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-4 深谷市稲荷町1-10-28 児玉郡上里町大字七本木 草加市原町2-4-3 白岡市白岡東12-4 さいたま市岩槻区上野6-3-10 川口市赤井590-1 さいたま市北区吉野町1-353-4
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	ヒューマンサポート幸手 ヒューマンサポート春日部 ヒューマンサポート春日部中央 ヒューマンサポート白岡 ヒューマンサポート岩槻	幸手市北1-13-20 春日部市備後西5-1-44 春日部市豊町1-4-5 白岡市白岡1066-1 さいたま市岩槻区上野6-3-10
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
介護予防特定福祉用具販売	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 ---	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 ---	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	<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 type="checkbox"/> なし		

別添 2 (別に実施する介護サービス一覧表) 介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		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	料金			
介護サービス								参照 介護サービス一覧表 (別表 I V-1①)
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			保険給付
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			保険給付
おむつ代	なし	あり	なし	あり		○	150円～ 170円/ 枚	尿とりパット60円/枚・1パックでの購入です。 ※ 商品により価格変動があります。
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○		週2回を超えて清拭または入浴を希望する場合 1,500円/回(30分)
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○		週2回を超えて清拭または入浴を希望する場合 1,500円/回(30分)
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○			保険給付
機能訓練	なし	あり	なし	あり	○			言語聴覚士による機能訓練を適宜実施
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	○			
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり		○		通院に関わる付添費・交通費は実費負担
生活サービス								参照 介護サービス一覧表 (別表 I V-1①)
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	○			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	3,000円 /月	業者委託 大物(タオルケット、毛布、クッション等)は別途費用がかかります。 洗濯機で洗えない物は外部クリーニングサービス利用
居室配膳・下善	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ適宜実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり		○		行事食等以外は実費負担
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり		○		指定日以外は実費負担

買い物代行(上記以外の区域)	なし	あり	なし	あり		○		実費負担
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		指定日以外は実費負担
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり		○		実費負担
健康管理サービス								参照 介護サービス一覧表 (別表 I V - 1①)
定期健康診断	なし	あり	なし	あり		○		年1回以上 自費負担
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			保険給付
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			保険給付
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			保険給付
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○			保険給付
入退院時・入院中のサービス								参照 介護サービス一覧表 (別表 I V - 1①)
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○		協力医療機関は月額に含む 協力医療機関以外は、500円/10分 交通費実費
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		協力医療機関は月額に含む 協力医療機関以外は、500円/10分 交通費実費
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○		実費負担
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○		実費負担