

サービス付き高齢者向け住宅入居契約

重要事項説明書

埼玉県消費生活条例による表示

コンフォルト朝霞

重要事項説明書

記入年月日	令和2年4月1日
記入者名	相良憲好
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	非営利法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんやまやなぎかい 医療法人山柳会	
主たる事務所の所在地	〒351-0023 埼玉県朝霞市溝沼2-4-1	
連絡先	電話番号	048-467-0016
	FAX番号	048-467-0018
	ホームページアドレス	https://yamayanagi.or.jp/shiomi_hospital/
代表者	氏名	塩味 正雄
	職名	理事長
設立年月日	平成4年9月1日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) こんふおるとあさか コンフォルト朝霞	
所在地	〒351-0023 埼玉県朝霞市溝沼1-5-2	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 朝霞駅
	交通手段と所要時間	朝霞駅より徒歩15分
連絡先	電話番号	048-423-0686
	FAX番号	048-423-0658
	ホームページアドレス	https://yamayanagi.or.jp/conforto_asaka/

管理者	氏名	相良 憲好
	職名	施設長
建物の竣工日		平成24年12月28日
事業の開始日		平成25年2月1日

(類型)【表示事項】

<input 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	1172100966
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成25年2月1日
	指定の更新日（直近）	平成31年2月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2989.03㎡			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地			
		抵当権の有無 契約期間 契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 1 あり （平成25年1月1日～平成54年12月31日） <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし		
建物	延床面積	全体	3147.41㎡		
		うち、老人ホーム部分	3147.41㎡		
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）			
		構造	<input type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）		
			所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	
				<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物	
	抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			

		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2013年1月1日～2042年12月31日) <input type="checkbox"/> 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】	1 全室個室				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり (夫婦部屋)				
		最少	1人部屋			
		最大	2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	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18㎡	72	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	36㎡	4	介護居室相部屋
	タイプ3	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ4	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ5	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ6	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ7	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
※「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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所		
	共用浴室	7ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
			その他 ()	ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
エレベーター	<input 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
その他	健康生きがい室、機能訓練室、多目的ルーム、ラウンジ、洗濯室、共用収納等				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居契約書の規定に基づいて施設利用並びに各種サービス全般に関する諸基準を定め入居者のニーズに添ったサービスと快適で安全な生活環境を提供します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の基本的人権を尊重し、自分らしく生活できるように生活全般にわたり支援します。
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	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	夜間看護体制加算	<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	
	看取り介護加算	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(I)ロ	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
(II)		<input checked="" type="checkbox"/> 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	(III)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
	<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 type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 (訪問診療医、訪問歯科医の確保)	
協力医療機関	1	名称	塩味病院
		住所	埼玉県朝霞市溝沼2-4-1
		診療科目	内科、整形外科 他
		協力内容	訪問診療、健康診断(年2回)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	こしば歯科
		住所	埼玉県朝霞市東弁財3-11-16
		協力内容	訪問歯科診療、口腔ケア

(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		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 (他の介護居室へ移る場合)	
判断基準の内容		心身状態、病状状態で居室変更が必要になった場合	
手続きの内容		医師の意見を聞き、入居者と身元引受人の意思、意見を確認する。	
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		個室間の住替えは継続。個室と二人部屋の住替えは新利用権設定。	
前払金償却の調整の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	(変更内容) 個室から個室への住替えの場合は上記変更及び入居一時金償却の調整、居室面積の増減はありません。

(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	60才以上の方（夫婦、兄弟姉妹、親子の入居も60才以上）原則として本人の施設見学か体験入居を済ませていること。身元引受人を1人定めて頂きます。	
契約の解除の内容	<p>① 入居者死亡の時（入居者2名の場合は両人とも死亡の時）</p> <p>② 事業者からの契約解除条項に基づき退去を通告し予告期間が満了した時。</p> <p>事業者は入居者が次のいずれかに該当し、かつそのことが入居契約をこれ以上将来にわたって維持する事が社会通念上著しく困難と認められる場合に契約を解除する事があります。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 2. 月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、しばしば遅滞するとき 3. 禁止又は制限される行為の規定に違反したとき 4. 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき（参照）月払い方式：入居契約書第27条1項4項 入居一時金方式：入居契約書第28条1項4項 <p>③ 入居者からの解約条項に基づき解約を行ったとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	月払い方式：入居契約書第27条 入居一時金方式：入居契約書第28条
	解約予告期間	30日前
入居者からの解約予告期間	30日前	
体験入居の内容	1 あり（内容：1泊2日～2泊3日、1泊1万円食費・税込） 2 なし	
入居定員	80人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

(2020年4月1日)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
施設長	1	1		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	33	24	9	29.0
介護職員	28	21	7	24.3
看護職員	5	3	2	4.0
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	(委託)			
調理員	(委託)			
事務員	3	3		3
その他職員(警備員)	(委託)			
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			
介護福祉士	11	8	19
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	4		4
訪問介護員2級	1	1	2
介護支援専門員	1	1	2

(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	3	2	5

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 (16:30 時~9:00 時)		
	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	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)	1.7 : 1 (52人 : 31.2人)

※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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり								
		資格等の名称	社会福祉主事任用資格							
	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	8						
前年度1年間の退職者数			3	6						
務業	1年未満		4	1						

1年以上 3年未満			3							
3年以上 5年未満	1		1	1	1					
5年以上 10年未満			9	1						
10年以上	3	1	3	7						
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

(※当該施設以外での経験年数を含む)

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改定し入居者、身元引受人へ通知する。

(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	自立	要介護1～5
	年齢	80歳	85歳

居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	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	3,600,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		257,620円	197,620円	
家賃相当額		100,000円	70,000円	
管理費		69,300円	69,300円	
光熱水費		居室の電気料金は実費	居室の電気料金は実費	
サービス費用	特定施設入居者生活介護の費用	0円	要介護度による	
	介護保険外	食費(食材費、厨房管理費)	58,320円	58,320円
		生活サポート費(自立者のみ)	30,000円	0円
		上乗せ介護費	0円	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
※ サービス付き高齢者向け住宅事業として受領する費用				
※ 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	なし
家賃相当額	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
管理費	共用施設の維持管理費、事務管理部門の人件費、
光熱水費	居室の電気料金のみ実費、他は管理費に含む
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
生活サポート費	人件費(自立者のみ負担)
上乗せ介護費	なし
その他	

(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	なし

要介護度別	自立	4
	要支援 1	10
	要支援 2	10
	要介護 1	26
	要介護 2	7
	要介護 3	3
	要介護 4	6
	要介護 5	8
入居期間別	6ヶ月未満	8
	6ヶ月以上1年未満	9
	1年以上5年未満	45
	5年以上10年未満	12
	10年以上15年未満	0
	15年以上	0

(入居者の属性)

平均年齢	89.9 歳
入居者数の合計	74 人
入居率*	92.5%
※ 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)

(人)

退去先別の 人数	自宅等	1
	社会福祉施設	0
	医療機関	4
	死亡者	6
	その他	2
生前解約の 状況	施設側の申し出	0
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	7
	入院、特養、他の有料老人ホームへの転居の為。	

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		コンフォルト朝霞 事務所
電話番号		048-423-0686
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		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		朝霞市消費生活相談センター
電話番号		048-463-1111
対応している時間	平日	10:00~12:00 13:00~16:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日、12/29~1/3
窓口の名称		埼玉県消費生活支援センター川越
電話番号		049-249-4751
対応している時間	平日	9:00~16:00
	土曜	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険(株) 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合 (不可抗力による場合を除く) 提供した飲食物で食中毒や怪我等が発生し賠償義務が発生した場合。
	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	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	令和1年10月(年1回実施)
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<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 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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 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	ヘルパーズ テーション モーニング パーク	朝霞市溝沼2-4-15-201
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 モーニング パーク	朝霞市溝沼2-4-15-201
訪問リハビリテーション	あり	なし	訪問リハピ リステーション ケアライ フ朝霞	朝霞市溝沼2-4-10
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし	ケアライフ 朝霞	朝霞市溝沼2-4-10
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	ケアライフ 朝霞	朝霞市溝沼2-4-10
特定施設入居者生活介護	あり	なし	コンフォル ト朝霞	朝霞市溝沼1-5-2
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		
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	ケアライフ 朝霞	朝霞市溝沼2-4-10
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ヘルパーズ テーション モーニング パーク	朝霞市溝沼2-4-15-201
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 モーニング パーク	朝霞市溝沼2-4-15-201
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	訪問リハピ リステーション ケアライ フ朝霞	朝霞市溝沼2-4-10
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	ケアライフ 朝霞	朝霞市溝沼2-4-10

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	ケアライフ 朝霞	朝霞市溝沼2-4-10
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	コンフォルト朝霞	朝霞市溝沼1-5-2
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	地域包括支 援センター モーニング パーク	朝霞市溝沼2-4-15-106
<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	ケアライフ 朝霞	朝霞市溝沼2-4-10
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 (利用者が全額負担)		包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金(税込) ^{※3}	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 者一部負担 ^{※1})	実施するサービス(利用者 者一部負担 ^{※1})				
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						美費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	500～1000円	3回以上の場合1回当り、自立～支援 2(500円)、介護1・2(750円)、 介護3～5(1000円)
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	30分750円	協力病院への通院介助は無料
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	30分1000円	床、トイレ、洗面台の清掃は週3回実施、 それ以外は別途料金30分1000円
リネン交換	なし	あり	なし	あり		年2回寝具交換、週1回リネン交換
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		洗濯機で洗濯可能な衣類 食堂にて実施
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	なし	あり		
おやつ	なし	あり	なし	あり		食費を含む
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	実費	訪問理美容あり
買い物代行	なし	あり	なし	あり	実費	近隣の商店に限る、商品代のみ徴収
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	30分750円	朝霞市内での手続きに限る
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり		
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり	なし	あり		年2回実施、管理費を含む
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	30分750円	協力病院は無料、他は有料
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	30分750円	協力病院は無料、他は有料
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		協力病院は状況により実施

※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、サービスの利用の都度払いによる場合に○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。

コンフォルト朝霞 介護サービス等の一覧表

介護度	自立		要支援 1・2		要介護 1・2		要介護 3・4・5	
	専用居室		専用居室		専用居室		専用居室	
介護場所	専用居室		専用居室		専用居室		専用居室	
	介護保険給付及び月額利用料を含むサービス	個別選択により別途料金を必要とするサービス	介護保険給付及び月額利用料を含むサービス	個別選択により別途料金を必要とするサービス	介護保険給付及び月額利用料を含むサービス	個別選択により別途料金を必要とするサービス	介護保険給付及び月額利用料を含むサービス	個別選択により別途料金を必要とするサービス
状況把握・介護サービス								
状況把握 緊急時の対応	1日1回以上実施 ナースコール対応 (24時間)		随時実施 ナースコール対応 (24時間)		随時実施 ナースコール対応 (24時間)		随時実施 ナースコール対応 (24時間)	
食事介助	緊急時等は一時的に対応		見守り		見守り又は一部介助		見守り、一部又は全介助	
排泄介助 (オムツ交換)	緊急時等は一時的に対応		見守り		見守り又は一部介助		一部又は全介助 (1日6回以上実施)	
オムツ・パット代		実費負担		実費負担		実費負担		実費負担
入浴介助	緊急時等は一時的に対応	週3回以上の場合は 1回500円	週2回実施 見守り	週3回以上の場合は 1回500円	週2回実施 見守り又は一部介助	週3回以上の場合は 1回750円	週2回実施 一部又は全介助	週3回以上の場合は 1回1,000円
清拭	緊急時等は一時的に対応		入浴禁止の場合に実施		入浴禁止の場合に実施		入浴禁止の場合に実施	
更衣・整容・ 口腔ケア等の介助	緊急時等は一時的に対応		必要に応じて見守り		必要に応じて見守り 又は一部介助		一部又は全介助	
体位交換							必要に応じて実施	
移乗・移動介助	緊急時等は一時的に対応		見守り		見守り又は一部介助		一部又は全介助	
機能訓練	体操やレクリエーション等による集団リハビリ		体操やレクリエーション等による集団リハビリ 日常生活上での動作訓練 必要に応じて理学療法士による個別リハビリ	体操やレクリエーション等による集団リハビリ 日常生活上での動作訓練 必要に応じて理学療法士による個別リハビリ	体操やレクリエーション等による集団リハビリ 日常生活上での動作訓練 必要に応じて理学療法士による個別リハビリ	体操やレクリエーション等による集団リハビリ 日常生活上での動作訓練 必要に応じて理学療法士による個別リハビリ	体操やレクリエーション等による集団リハビリ 日常生活上での動作訓練 必要に応じて理学療法士による個別リハビリ	
通院介助 協力病院	緊急時・必要時に実施 (基本的には家族対応)		緊急時・必要時に実施 (基本的には家族対応)		緊急時・必要時に実施 (基本的には家族対応)		緊急時・必要時に実施 (基本的には家族対応)	

バイタルチェック	必要に応じて随時実施	必要に応じて随時実施	必要に応じて随時実施	必要に応じて随時実施	必要に応じて随時実施
服薬支援	緊急時等は一時的に対応	薬の管理・配薬	必要に応じて服薬の見守り、一部介助	薬の管理・配薬 必要に応じて服薬の見守り、一部介助	薬の管理・配薬 服薬の見守り、 一部又は全介助

入退院時・入院中のサービス

入退院時の同行協力病院	基本的には家族対応 (緊急時等は実施)	基本的には家族対応 (緊急時等は実施)	基本的には家族対応 (緊急時等は実施)	基本的には家族対応 (緊急時等は実施)	基本的には家族対応 (緊急時等は実施)
入退院時の同行協力病院以外	基本的には家族対応 緊急時等の付き添い 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 緊急時等の付き添い 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 緊急時等の付き添い 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 緊急時等の付き添い 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 緊急時等の付き添い 別途料金 30分 750円
入院中の生活支援 (買い物・役所手続 代行等) 協力病院入院中の 場合のみ	別途料金 30分 750円 交通費は入居者負担	別途料金 30分 750円 交通費は入居者負担	別途料金 30分 750円 交通費は入居者負担	別途料金 30分 750円 交通費は入居者負担	別途料金 30分 750円 交通費は入居者負担

その他のサービス

買物・役所手続き等の付添い	必要に応じて、 30分 750円 付添い者の交通費は 入居者負担	必要に応じて、 30分 750円 付添い者の交通費は 入居者負担	必要に応じて、 30分 750円 付添い者の交通費は 入居者負担	必要に応じて、 30分 750円 付添い者の交通費は 入居者負担	必要に応じて、 30分 750円 付添い者の交通費は 入居者負担
アクティビティサービス	趣味活動等の材料費 及び外出レクレーション等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクレーション等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクレーション等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクレーション等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクレーション等にかかる費用 実費
身元引受人への連絡	随時実施	随時実施	随時実施	随時実施	随時実施

