

重要事項説明書

記入年月日	令和4年5月1日
記入者名	土田 裕
所属・職名	医療対応住宅ケア ホスピス氷川町・ 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) かぶしきがいしゃえーてい 株式会社 AT	
主たる事務所の所在地	〒213-0063 神奈川県川崎市中原区小杉町 1-403 タワープレイス武蔵小杉 14 階	
連絡先	電話番号	044-322-9288
	FAX番号	044-322-9163
	ホームページアドレス	http://care-net.biz/14/at/
代表者	氏名	津田 篤志
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 23年 2月 16日	
主な実施事業	※別添 1 (別を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) いりょうたいおうじゅうたく けあほすびすひかわちょう 医療対応住宅ケアホスピス氷川町	
所在地	〒335-0027 埼玉県戸田市氷川町3丁目1-12	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 埼京線 戸田公園駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・tocoバス南西循環で乗車15分、「給食センター入口」停留所で下車、徒歩4分 ②自動車利用の場合 ・戸田公園駅より乗車5分
連絡先	電話番号	048-299-8833
	FAX番号	048-229-8847
	ホームページアドレス	http:// 準備中
管理者	氏名	山脇 涼太
	職名	施設長
建物の竣工日		令和 4年 5 月 26日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 4年 5 月 27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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	指定した自治体名	県(市)
	事業所の指定日	平成 年 月 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	2,447.74 m ²	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2022年6月1日～2052年5月31日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	1525.15 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1441.10 m ²			
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2022年5月27日～2052年5月31日) 2 なし				
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 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	無	無	13.20 m ²	44	一般居室個室
	タイプ2	無	無	13.34 m ²	2	一般居室個室
	タイプ3	無	無	15.03 m ²	1	一般居室個室
	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	12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	8ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	4ヶ所	チェアー浴	0ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	3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 type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input checked="" 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"/> 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					

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	ケアホスピス氷川町は「医療ケアを必要としながら、安心安全に暮らせる住まい」をコンセプトに必要な看護・介護はそのままに安心の価格でご入居いただける医療ケア対応住宅です。
サービスの提供内容に関する特色	訪問看護・訪問介護と提携医療機関が連携し24時間365日サポート。医師・歯科医師の訪問診療も受けられます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 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
<p>※入居者は別途介護保険事業所と個別に契約することで、介護保険サービスを受けることができます。</p> <p>※介護保険事業所は入居者が自由に選択できます。</p>	

(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	
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 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	戸田本町クリニック
		住所	埼玉県戸田市本町3丁目9-16 ドーミー戸田公園Levi
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	

		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	さいたま口腔リハビリテーション歯科クリニック	
	住所	埼玉県さいたま市大宮区天沼町 2-759 さいたまメディカルタウン 2F	
	協力内容	訪問歯科	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（他居室へ住み替える場合）		
判断基準の内容	入居者の心身の状況や医療ケアを考慮し、より適切なサービスを提供するため入居者や身元引受人に相談後、必要と判断する場合には提供する居室を変更する場合があります。		
手続きの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・居室の住み替えを行なう場合、下記手順にて行うものとします。 ①看護師、ケアマネジャーの意見を聴取する。 ②担当往診医の意見を聴取する。 ③入居者及び身元引受人の意見を聴取する。 ・居室の住み替えによる入居者の権利や利用料金に変更はありません。 ・入居者及び身元引受人の同意を得てから住み替え作業を行ないます。 		
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	
	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

留意事項	入居対象者は概ね 65 歳以上	
契約の解除の内容	①入居者が死亡した場合 ②事業者が入居契約書第 27 条に基づき契約解除を勧告し、予告期間が満了した時 ③入居者が入居契約書第 28 条に基づき解約を行なった時	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 27 条
	解約予告期間	90 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容：利用料 8000 円/日（食費込、入居日退去日は 1 日と計算） ※入居対象者であり、当該居室に空きのある場合体験入居が可能です。医療・介護の外部サービスの手続きが必要となります。 <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	47 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			1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	4			4
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				

※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		
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者		
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		
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 (17時15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 連携訪問看護兼務	(0) 人
介護職員	(0) 人 連携訪問介護兼務	(0) 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)	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
---	-----------------------	--

合、本欄は省略可能)	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
※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									
	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										
前年度1年間の 退職者数										
応じた 業務に従事した 職員の人数 の経験年数に	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 ※食費はキャンセル扱い	
利用料金の改定	条件	入居契約書第 25 条による
	手続き	地方自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で改定します。

(利用料金のプラン【代表的なプランを 2 例】)

		プラン 1		
入居者の状況	要介護度	介護度による区別なし		
	年齢	年齢による区別なし		歳
居室の状況	床面積	13.20 m ² ~ 15.03 m ²		m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円		円
	敷金	161,100 円		円
月額費用の合計		113,600 円		円
家賃		53,700 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	食費	32,400 円	円
		管理費	27,500 円	円
		介護費用	円	円

	光熱水費	円	円
	その他	円	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	近傍同種の家賃を勘案して設定
敷金	無し
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	居室・共用部水道光熱費、リネン、人件費等
食費	1日1080円（朝食216円、昼食432円、夕食432円）を30日分で積算
光熱水費	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
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
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	入居後3月以内の契約終了

算定方法	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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	13人
	65歳以上75歳未満	9人
	75歳以上85歳未満	11人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	3人
	要介護2	3人
	要介護3	3人
	要介護4	4人
	要介護5	20人
入居期間別	6ヶ月未満	20人
	6ヶ月以上1年未満	19人
	1年以上5年未満	5人
	5年以上10年未満	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	72.3歳
入居者数の合計	44人
入居率*	93.6%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	39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		医療対応住宅ケアホスピス氷川町 施設長
電話番号		048-299-8833
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	原則窓口は休業日
	日曜・祝日	原則窓口は休業日
定休日		土日、祝日、年末年始休日

窓口の名称		株式会社 AT 本部
電話番号		044-322-9288
対応している時間	平日	9:00~17:30
	土曜	定休日
	日曜・祝日	定休日
定休日		土日、祝日、年末年始休日

窓口の名称		埼玉県福祉部高齢者福祉課 施設・事業者指導担当
電話番号		048-830-3254
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	閉庁日
	日曜・祝日	閉庁日
定休日		県庁閉庁日に準ずる

窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター（川口市）	
電話番号	048-261-0999（代表）	
対応している時間	平日	9:00～16:00
	土曜	9:00～16:00
	日曜・祝日	閉庁日
定休日	県庁閉庁日に準ずる	

（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） 事業活動包括保険（東京海上日動火災保険株式会社）
	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） 直ちに担当往診医への連絡、看護師による初期対応を行うとともに、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	<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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 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 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 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	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	
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	なし
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	なし	指定訪問介護アットプレオ石神	埼玉県川口市石神1573-10
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	指定訪問看護アットリハ川口	埼玉県川口市南鳩ヶ谷1-22-1 松本ビル1階
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		
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		
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		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	指定訪問介護アットプレオ石神	埼玉県川口市石神1573-10
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	指定訪問看護アットリハ川口	埼玉県川口市南鳩ヶ谷1-22-1 松本ビル1階
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

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	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
おむつ代			なし	あり		○	実費	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
特浴介助	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
機能訓練	なし	あり	なし	あり				別途訪問看護サービス利用
通院介助	なし	あり	なし	あり				
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
リネン交換	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
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				
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	訪問理美容利用
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				訪問診療により年1回
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		0	適宜
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		0	適宜
服薬支援	なし	あり	なし	あり				別途訪問看護サービス利用
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				別途訪問介護サービス利用
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				
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。