

重要事項説明書類一式

「ライフコミュニケーションふじみ野」

株式会社木下の介護

◎ 本書類に記載されている「特定施設入居者生活介護」は「介護予防特定施設入居者生活介護」と読み替えることができます。

重要事項説明書

記入年月日	平成30年7月1日
記入者名	横溝 健史
所属・職名	ライフコミュニケーションふじみ野・施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人
	名称 営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ きのしたのかいご 株式会社 木下の介護
主たる事務所の所在地	〒163-1308
	東京都新宿区西新宿六丁目5番1号新宿アイランドタワー8階
連絡先	電話番号 03-5908-1310
	FAX番号 03-5908-2382
	ホームページアドレス なし あり: http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
代表者	職名 代表取締役
	氏名 佐久間 大介
設立年月日	昭和・平成 7年10月26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

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) らいふこみゅーん ふじみの ライフコミュニケーション ふじみ野
所在地	〒356-0035
	埼玉県ふじみ野市丸山4-4
主な利用交通手段	最寄駅 ふじみ野 駅
	交通手段と所要時間 ・東武東上線「ふじみ野」駅より徒歩約12分
連絡先	電話番号 049-278-2322
	FAX番号 049-278-2321
	ホームページアドレス http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facilities/state/saitama/fujimino.html
管理者	職名 施設長
	氏名 横溝 健史

建物の竣工日	昭和・平成 15 年 10 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 15 年 11 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	1173000272
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 15 年 11 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 27 年 11 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,617.43 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		
		抵当権の有無	1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	2,558.90 m ²	
		うち、老人ホーム部分	2,558.90 m ²	
		契約期間	1 あり (年月日～年月日) 2 なし	
耐火構造	耐火構造	<input checked="" 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 checked="" 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 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			
所有関係	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 15 年 10 月 21 日～平成 35 年 10 月 20 日) <input type="checkbox"/> 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】	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	18.00 m ²	54	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	19.84 m ²	4	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	26.93 m ²	4	介護居室個室
	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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所
			うち車いす等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	1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	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		
	自動火災報知機	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				

		(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 2 : 1		
	<input type="checkbox"/> 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 ※2、3は別途料金発生する場合あり <input type="checkbox"/> 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団 明芳会 イムス三芳総合病院
		住所	埼玉県入間郡三芳町藤久保 974-3
		診療科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・糖尿病内科・腎臓内科・リウマチ科・神経内科・外科・呼吸器外科・消化器外科・小児外科・整形外科・脳神経外科・小児科・皮膚科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・麻酔科・形成外科・リハビリテーション科・肝臓内科
		協力内容	緊急時対応、健康相談
	2	名称	医療法人 誠光会 さいたま在宅医療クリニック
		住所	埼玉県さいたま市大宮区大成町 3-339-2 光ビル 2F
		診療科目	内科・老人内科・神経内科・循環器内科・消化器内科・整形外科・精神科・皮膚科
		協力内容	訪問による往診、緊急時対応のアドバイス、健康相談
協力歯科医療機関	名称	ラビット歯科	
	住所	埼玉県戸田市新曽 1292-4	
	協力内容	訪問歯科、歯科検診、緊急時対応	

(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	<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 ()
判断基準の内容	適切な介護サービス提供のため、医師の意見を聴き、入居者及び身元引受人等の同意を得て、一定の観察期間を設けます。
手続きの内容	(1) 医師の意見を聴くこと (2) 入居者及び身元引受人等の同意を得ること (3) 一定の観察期間を設けること
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	住み替え後の居室にて発生

前払金償却の調整の有無		<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(変更内容) 居室の仕様や構造が変更になる場合もあります。
	2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要支援のもの	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護のもの	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	<p>(1) 入居者が死亡したとき</p> <p>(2) 第33条(事業者からの契約解除)に基づいて本契約の解除を入居者に通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>(3) 第34条(入居者からの契約解除)に基づき本契約の解除を事業者に通し、予告期間が満了したとき</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者は、入居者が以下のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込書等に虚偽の事実を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月遅滞するとき ・事業者が規定する禁止又は制限される行為に違反したとき ・入居者の行動が、他の入居者及びその関係者又は従業員の心身に危害を及ぼし、又は、危害を受ける切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき <p>(上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書33条「事業者からの契約解除」の条文を参照下さい)</p>
	解約予告期間	3ヶ月
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: 1泊2日 夕・朝食付 14,100円 原則2週間迄) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	64名	

その他	
-----	--

5. 職員体制

	職員数（実人数）			常勤換算人数
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	2	1	1	1.0
直接処遇職員				
看護職員	3	2	1	2.9
介護職員	36	14	22	30.7
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	5		5	3.0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				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。				
※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	7	3	4
実務者研修	5	2	3
介護職員初任者研修	33	14	19
介護支援専門員	2		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	
看護師及び准看護師			
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	1	1	

	10年以上			1	2		1	1		1		
従業者の健康診断の実施状況						<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
		1 全額前払い方式 <input checked="" 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
年齢に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定		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 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	事業者は、土地建物の賃借料、諸物価、人件費等の高騰により事業者の収支が悪化し、入居者又身元引受人に一部の負担を依頼すべきであると判断した場合は、事業者の施設が所在する地域の自治体及び国等が発表する物価指数、人件費等を勘案して費用の改定をいたします。
	手続き	費用の改定案を策定し、運営懇談会において参加者の意見を聴く。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1 前払金0円プラン（個室）	プラン2 前払金プラン①（個室）
入居者の状況	要介護度	① 要介護3 ② 自立	① 要介護3 ② 自立
	年齢	86歳	86歳
居室の状況	床面積	18.00㎡	18.00㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	3,000,000円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		① 296,542円 ② 437,600円	① 246,542円 ② 387,600円

家賃		92,000円	42,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	20,942円	20,942円
	介護保険外※2	食費	64,800円
		管理費	86,400円
	介護費用	①（要支援・要介護者） 32,400円 ②（自立者） 194,400円	①（要支援・要介護者） 32,400円 ②（自立者） 194,400円
	光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
	その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有

※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）

項目	算定根拠
家賃	建物所有者への支払い家賃等を基準とし、当社における退去率と一定期間の空室発生率や居室一部屋に付帯する共有施設等を含む販売管理費、原状回復費等を勘案し、長期にわたって安定的な経営が出来るように設定しています。（施設利用費）
敷金	家賃の___ヶ月分
介護費用	（要支援・要介護） 法令上配置義務付けている入居者3名に対して直接処遇職員（看護・介護職員）1名の人員配置に対して入居者2名に対して直接処遇職員1名を配置している。完全不在日は徴収しない。（要支援・要介護のみ対象） 1日 1,080円×30日=32,400円/人（31日の場合は33,480円） （自立） 自立の方は、自立生活サポート費として以下の金額を徴収します。 （1人部屋、夫婦部屋）194,400円/月 自立入居者に対応する人件費を基礎に算定 ※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	水道光熱費、施設の設備・修繕・管理、施設運営に係る本社間接費に係る費用を基礎に算定している（管理共益費）
食費	朝食:540円/回・昼食:823円/回・夕食:797円/回・間食:0円/回 1日当たり 2,160円×30日で積算
光熱水費	管理費（管理共益費）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	要介護度に応じて介護費用の1割～2割を徴収する。
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）	法令上配置義務付けている入居者3名に対して直接処遇職員（看護・介護職員）1名の人員配置に対して入居者2名に対して直接処遇職員1名を配置している。完全不在日は徴収しない。（要支援・要介護のみ対象） 1日 1,080円×30日=32,400円/人（31日の場合は33,480円）
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払い金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	月額単価（円）×想定居住期間＝一時金（前払金） 月額単価は家賃相当額である施設利用費の全部又は一部に充当します。	
想定居住期間（償還年月数）	（個室）60ヶ月 （夫婦部屋）72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）	なし	
初期償却率	なし	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	返還金＝前払金－1ヶ月分の家賃等の償却額÷30×入居日から起算して契約解除等された日までの日数
	入居後3月を超えた契約終了	返還金＝前払金÷償却期間×（償却期間－経過月数） *入居・退去月については1ヶ月を30日として日割計算し、算出した日額は小数点以下を切り捨ていたします。 前払金プラン①（1人部屋／夫婦部屋） 日額 1,666円／2,666円 *居室の原状回復費及び支払債務がある場合は実費を差し引かれる場合があります。
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

性別	男性	19人
	女性	44人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	17人
	85歳以上	43人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	3人
	要支援2	3人
	要介護1	10人
	要介護2	14人
	要介護3	18人
	要介護4	9人
	要介護5	4人
入居期間別	6か月未満	5人
	6か月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	34人
	5年以上10年未満	14人
	10年以上15年未満	5人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87.4歳
入居者数の合計	63人
入居率※	98%
※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	4人
	医療機関	3人
	死亡者	5人
	その他	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	7人
		(解約事由の例) ご家族様の自宅から近いという理由から、他社有料施設へ移動。

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)※4カ所以上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		本社窓口：お客様相談担当
電話番号		03-5908-1310
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜日	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		上記時間帯以外は留守番電話により受け付けし、折り返しご連絡します。

窓口の名称		ライフコミュニケーションふじみ野（担当：横溝 健史）
電話番号		049-293-9888
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜日	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		

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	平日	9:00～17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝祭日

窓口の名称		埼玉県庁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	9:00～17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝祭日

窓口の名称		西部福祉事務所介護保険・施設整備担当
電話番号		049-283-6800
対応している時間	平日	9:00 ～ 17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日祝日

窓口の名称		ふじみ野市役所高齢福祉課介護支援係
電話番号		049-261-2611（代表） 内線 178・179（支援係 049-262-9038）
対応している時間	平日	9:00 ～ 17:00
	土曜日	-

	日曜・祝日	-
定休日		土日祝日

(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) ウォームハート：損害保険ジャパン日本興亜
	<input type="checkbox"/> 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) 事故クレームマニュアルに基づき対応します。
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	平成 29 年 9 月
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2	なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1	あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<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
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" 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 <u>1</u> 回
	<input type="checkbox"/> 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】	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 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし
有料老人ホーム設置運営指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	廊下幅：片廊下部分 1.6m、一部 1.45m
「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） <input checked="" type="checkbox"/> 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針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	土地に抵当設定 廊下幅：片廊下部分 1.6m。一部 1.45m

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 平成 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	木下の介護 大宮	さいたま市大宮区天沼町 2-150-1
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		
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	木下の介護 越谷	越谷市大字平方 2162-8
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	ライフコミュニケーション蔵	蔵市北町 2-6-12
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		
複合型サービス	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし	木下の介護 川口	川口市八幡木 1-13-12
居宅介護支援	あり	なし	木下の介護 大宮	さいたま市大宮区天沼町 2-150-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	木下の介護 大宮	さいたま市大宮区天沼町 2-150-1
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	木下の介護 川口	川口市八幡木 1-13-12
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	木下の介護 越谷	越谷市大字平方 2162-8
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	ライフコミュニケーション蔵	蔵市北町 2-6-12
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

(施設名：ライフコミュニティふじみ野)

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)			料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)	包含※2	都度※2		
介護サービス					
巡回	なし	あり	なし		自立：夜間(17時～9時)2回 要支援・要介護：3時間に1回 要介護：必要時適宜 要介護：必要時適宜
食事介助	なし	あり	なし		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし		
おむつ代	なし	あり	なし	実費	
清拭 注1	なし	あり	なし		自立：体調不良時適宜 要支援・要介護：必要時適宜 自立のみ
巡視(安全確認)	なし	あり	なし		自立：必要時適宜
見守り入浴	なし	あり	なし	800円/回	要支援：週3回、身体状況等により一般浴介助(4回目以降実費) 要介護：週3回 要支援・要介護：週3回 要介護：身体状況等により特浴介助、週4回目以降実費
一般浴介助	なし	あり	なし	1,500円/回	
特浴介助	なし	あり	なし	2,000円/回	要介護のみ：週3回(4回目以降実費) 自立：体調不良時適宜
身辺介助(居室からの移動)	なし	あり	なし		要支援・要介護：必要時適宜 要介護のみ：必要時適宜
身辺介助(衣類の着脱)	なし	あり	なし		
機能訓練	なし	あり	なし		
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし		
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし		
生活サービス					
居室清掃 注2	なし	あり	なし	1,200円/回	① 自立 ※交通費は実費 ② 要支援・要介護
日常の洗濯 注3	なし	あり	なし	1,200円/回	自立：希望により週3回(4回目以降実費) 要支援・要介護：週3回(4回目以降実費) 自立：週1回(2回目以降実費) 要支援・要介護：週3回(4回目以降実費)
クリーニング	なし	あり	なし	実費	
リネン交換 注4	なし	あり	なし	1,200円/回	自立：週1回(2回目以降実費) 要支援・要介護：週1回
寝具レンタル	なし	あり	なし	1,500円/月	布団・枕・ベッドパッド
リネンレンタル	なし	あり	なし	1,000円/月	シーツ、布団カバー、枕カバー
ゴミ回収	なし	あり	なし		粗大ごみ等実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	300円/回	体調不良時適宜入居者様都合の場合実費

入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ					あり あり あり	なし なし なし				○	実費	
理美容師による理美容サービス 注5					あり	なし			◆	○	600円/回	自立;週1回 要支援・要介護:週2回目以降実費
買い物代行(施設指定) 注6					あり	なし			◆	○	1,500円/30分	
買物(要予約) 注6					あり	なし			◆	○		
役所手続き代行					あり	なし			◆	○		
金銭・貯金管理					あり	なし			◆	○		
健康管理サービス												
定期健康診断					あり	なし			◆	○	実費	年2回の機会提供 必要時適宜
健康相談					あり	なし			◆	○		必要時適宜
生活指導・栄養指導					あり	なし			◆	○		必要時適宜
服薬支援					あり	なし			◆	○		必要時適宜
生活リズムの記録(排便・睡眠等)					あり	なし			◆	○		必要時適宜
緊急時対応					あり	なし			◆	○		24時間対応
入退院時・入院中のサービス												
移送サービス					あり	なし						
入退院時の同行					あり	なし						
入院中の洗濯物交換・買い物					あり	なし						
入院中の見舞い訪問					あり	なし						
その他サービス												
郵便、宅配便					あり	なし			◆	○		イベント費・材料費等実費
クリーニング等の取次ぎ					あり	なし			◆	○	1,500円/30分	要支援・要介護のみ
レクリエーション					あり	なし			◆	○		
買物付添い等 注7					あり	なし			◆	○		

※金額表記は全て(税抜)表記です。

注1 体調不良等により、長期入浴が出来ない場合は入浴提供回数と同じ週3回、その他禁等による臨時対応は適宜提供します。

注2 1回20分程度にて可能な範囲

注3 洗濯・乾燥・たたみ等をセットにて居室までお持ちして、必要に応じ収納します。

注4 失禁等により交換の必要が発生した場合は適宜対応いたします。

注5 施設指定日に指定場所にて購入できるものに限ります。

注6 スタッフの状況によりお受けできない場合がございます。

注7 交通費実費が別途かかります。

◆：自立生活サポート費として月額に包含(自立者のみ)

※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、月額の利用者サービス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。