

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1年6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/

		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td><input type="checkbox"/> あり (2013年1月1日～2042年12月31日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td><input type="checkbox"/> あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	契約期間	<input type="checkbox"/> あり (2013年1月1日～2042年12月31日) 2 なし	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
抵当権の設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし							
契約期間	<input type="checkbox"/> あり (2013年1月1日～2042年12月31日) 2 なし							
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 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 (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 type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18 m ²	72	介護居室個室		
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36 m ²	4	介護居室相部屋		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²				
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²				
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²				
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²				
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²					
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²					
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²					
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 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	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 type="checkbox"/> 1 あり 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 2 なし						
エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	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	
	(III)	1	あり	<input checked="" 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 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

(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	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり（内容：1泊2日～2泊3日、1泊1万円食費・税込） <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	80人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

(2019年6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	31	25	6	28.2
介護職員	26	21	5	23.8
看護職員	5	4	1	4.4
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	18	13	5
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	3	3	
訪問介護員2級	3	3	
介護支援専門員			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	5	4	1
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)	1.9 : 1 (51.9 人 : 28.2 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			4	1						
前年度1年間の退職者数			3	1						

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数※	1年未満									1			
	1年以上												
	3年未満			4									
	3年以上	1		6	1	1							
	5年未満												
	5年以上			8	1				1				
	10年未満												
	10年以上	3	1	3	3								
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】	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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	
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	<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	3,600,000 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		256,360 円	196,360 円	
家賃相当額		100,000 円	70,000 円	
管理費		68,040 円	68,040 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	58,320 円	58,320 円
		生活サポート費	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場合の介護サービス（上乗せサービス）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)

算定根拠	家賃相当額の一部 (2万円、3万円、4万円) ×償却期間	
想定居住期間 (償却年月数)	6年 (72ヶ月) ~ 12年 (144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 - {前払金 ÷ (想定居住期間の月数 × 30)} × 入居日から契約終了日までの実日数
	入居後3月を超えた契約終了	返還金 = {前払金 ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数)} × 契約終了日から償却期間満了日までの実日数
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	(株)りそな銀行 (入居一時金保全信託)
	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	20人
	女性	53人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	39人
要介護度別	自立	5人
	要支援1	12人
	要支援2	11人
	要介護1	19人
	要介護2	9人

	要介護3	5人
	要介護4	6人
	要介護5	6人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	11人
	1年以上5年未満	43人
	5年以上10年未満	14人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.8歳
入居者数の合計	73人
入居率*	91.2%
※ 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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	3人
	死亡者	3人
	その他	1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	5人
	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	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	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	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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 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 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 <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 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 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	訪問リハビ 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 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	訪問リハビ 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 モニタ 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
介護サービス							
食事介助	なし	あり	あり	なし			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	なし			
おむつ代				なし	○	実費負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	あり	なし	○	3回以上の場合1回当たり、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	あり	なし			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	あり	なし			
機能訓練	なし	あり	あり	なし			
通院介助	なし	あり	あり	なし	○	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	あり	なし	○	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	あり	なし			年2回寝具交換、週1回リネン交換
日常の洗濯	なし	あり	あり	なし			洗濯機で洗濯可能な衣類
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	なし			食堂にて実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	あり	なし			
おやつ	なし	あり	あり	なし	○	実費	食費を含む
理美容師による理美容サービス	なし	あり	あり	なし	○	実費	訪問理美容あり
買い物代行	なし	あり	あり	なし			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	あり	なし	○	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	あり	なし			
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	あり	なし	○		年2回実施、管理費を含む
健康相談	なし	あり	あり	なし			
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	なし			
服薬支援	なし	あり	あり	なし			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	あり	なし			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	あり	なし	○	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	あり	なし	○	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	あり	なし			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	あり	なし			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、サービスの都度払いによる場合に比べて、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。

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)	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			見守り又は一部介助	見守り又は一部介助	見守り、一部又は全介助	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	見守り又は一部介助	見守り又は一部介助 (1日6回以上実施)	見守り又は一部介助 (1日6回以上実施)	
オムツ・パット代		実費負担						実費負担
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3回以上の場合は 1回750円	週2回実施 見守り又は一部介助	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	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	見守り又は一部介助	一部又は全介助	
機能訓練	体操やレクレーション等による集団リハビリ		体操やレクレ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	体操やレクレ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	体操やレクレ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	体操やレクレ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	体操やレクレ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)	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)	

通院介助 協力病院以外	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円
居室清掃	床・トイレ・洗面台の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	床・トイレ・洗面の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	床・トイレ・洗面の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	床・トイレ・洗面の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	左記以外の清掃は別途料金 30分 1000円
寝具及びリネン類の貸与・交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	左記以外の清掃は別途料金 30分 1000円
洗濯	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00～17:00で随時実施	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00～17:00で随時実施	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00～17:00で随時実施	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00～17:00で随時実施	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00～17:00で随時実施
クリーニングの依頼代行	9:00～17:00で随時実施 必要に応じて食堂にて実施	9:00～17:00で随時実施 必要に応じて食堂にて実施	9:00～17:00で随時実施 必要に応じて食堂にて実施	9:00～17:00で随時実施 必要に応じて食堂にて実施	クリーニング代金 美費 別途料金 30分 750円
配膳・下膳	必要に応じて食堂にて実施 申込者には8時に食堂で提供	必要に応じて食堂にて実施 申込者には8時に食堂で提供	必要に応じて食堂にて実施 申込者には8時に食堂で提供	必要に応じて食堂にて実施 申込者には8時に食堂で提供	外出等特別な場合は別途美費 月1回外泊業者により実施(要予約) 美費
おやつ	申込者には8時に食堂で提供	申込者には8時に食堂で提供	申込者には8時に食堂で提供	申込者には8時に食堂で提供	外出等特別な場合は別途美費 月1回外泊業者により実施(要予約) 美費
理美容サービス	月1回外泊業者により実施(要予約) 美費	月1回外泊業者により実施(要予約) 美費	月1回外泊業者により実施(要予約) 美費	月1回外泊業者により実施(要予約) 美費	月1回外泊業者により実施(要予約) 美費
買物代行	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	左記以外の場合 30分 750円 交通費は入居者負担
役所手続き代行	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担
生活相談・助言	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施
健康管理サービス					
健康診断	年2回実施	年2回実施	年2回実施	年2回実施	年2回実施
健康相談	随時実施	随時実施	随時実施	随時実施	随時実施
生活指導等	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施

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 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	月間・年間行事等を実施 趣味活動等の材料費及び外出レクリエーション等にかかる費用実費	月間・年間行事等を実施 趣味活動等の材料費及び外出レクリエーション等にかかる費用実費	月間・年間行事等を実施 趣味活動等の材料費及び外出レクリエーション等にかかる費用実費	月間・年間行事等を実施 趣味活動等の材料費及び外出レクリエ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リエ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

特定施設入居者生活介護及び
介護予防特定施設入居者生活介護利用契約

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

**特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護利用契約
重要事項説明書**

		記入年月日	令和 1年 6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

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	法人等の種類	なし <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	医療法人
	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	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒351-0023		
	埼玉県朝霞市溝沼 2-4-1		
事業主体の連絡先	電話番号	048-467-0016	
	FAX番号	048-467-0018	
	ホームページアドレス	なし	
		<input checked="" type="checkbox"/> あり https://yamayanagi.or.jp/shiomi_hospital/	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	塩味 正雄	
	職名	理事長	
事業主体の設立年月日	平成4年9月1日		

事業主体が当該都道府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 ステーション モーニング 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 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 ビリステ 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>				
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居者生活介護	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 ステーション モーニング 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	訪問リハビリステーション 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		
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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業所等の名称	(ふりがな) こんふおるとあさか コンフォルト朝霞	
事業所等の所在地	〒351-0023 埼玉県朝霞市溝沼 1-5-2	
事業所等の連絡先	電話番号	048-423-0686
	FAX番号	048-423-0658
	ホームページ	なし
	アドレス	⑥) https://yamayanagi.or.jp/conforto_asaka/
施設の開設年月日	平成 25年2月1日	
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	相良 憲好
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
東武東上線「朝霞」駅または有楽町線「朝霞」駅より、徒歩14分		
施設の類型及び表示事項	類型：サービス付き高齢者向け住宅 一般型特定施設入居者生活介護 介護保険：埼玉県指定特定施設 埼玉県指定介護予防特定施設 住居の権利形態：利用権方式 利用料の支払い方式：月払い方式及び一時金方式 入居時の要件：60歳以上 自立・要支援・要介護 居室区分：個室 2人部屋 介護に関わる職員体制：2.5：1	
介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護事業所 埼玉県指定第 1172100966 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 埼玉県指定第 1172100966 号	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
事業の開始(予定)年月日	平成25年2月1日	
指定の年月日	平成25年2月1日	
指定の更新年月日	平成31年2月1日	

3. 従業員に関する事項

2019年6月1日現在

職種別の従業員の人数及びその勤務形態						
有料老人ホーム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		
施設長	1				1	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	4		1		5	4.4
介護職員	21		5		26	23.8
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	委託					
調理員	委託					
事務員	3				3	3.0
その他従業員（警備員）	委託					
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数					40時間	
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。						
従業員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	13			5		
介護職員基礎研修						
介護職員実務者研修	2					
介護職員初任者研修	3					
訪問介護員2級	3					
介護支援専門員				2		
従業員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	1					
作業療法士						
言語聴覚士						
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						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）				3	
	平均時の人数				3 (16:30~9:30の時間帯)	

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	1.0
看護職員	4		1		5	4.4
介護職員	21		5		26	23.8
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1				1	1.0
その他従業者						
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	13			5		
介護職員基礎研修						
介護職員実務者研修	2					
介護職員初任者研修	3					
訪問介護員2級	3					
介護支援専門員				2		
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	1					
作業療法士						
言語聴覚士						
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	あり				資格等の名称 社会福祉主事任用資格	
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算法による人数の割合（記入日時点での利用者数：常勤換算職員数の割合）						28.2人 (1.9：1)

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						
	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			4	1		
前年度1年間の退職者数			3	1		
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			4			
3年以上5年未満の者の人数	1		6	1	1	
5年以上10年未満の者の人数			8	1		
10年以上の者の人数	3	1	3	3		
	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
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	
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						
従業者の健康診断の実施状況	なし		あり		入職時及び年2回実施	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
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するとともに、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ていく。		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
医療機関連携加算（介護報酬の加算）の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
介護職員処遇改善加算の有無	なし	あり
サービス提供体制強化加算Ⅱの有無	なし	あり
退院・退所時連携加算の有無	なし	あり
生活機能向上連携加算の有無	なし	あり
口腔衛生管理体制加算の有無	なし	あり
栄養スクリーニング加算の有無	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	
協力医療機関の名称	医療法人 山柳会 塩味病院（朝霞市溝沼2-4-1）施設より徒歩2分	
（協力の内容）		
診療科目： 一般内科、消化器・肝臓内科、循環器科、呼吸器内科、神経内科、 整形外科、乳腺外科、リハビリテーション科、健康診断・人間ドック		
協力内容： 年2回の定期健康診断 週1回の定期健康管理及び健康相談		
協力歯科医療機関	なし	あり
その名称 こしば歯科医院		
（協力の内容）		
訪問歯科診療（月2回）、歯科衛生士による口腔ケア（月4回）		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
各専用居室		
入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
（その内容）		
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）		
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)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
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)		
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
判断基準・手続について		
(その内容)		
心身状態の変化や病状不安定な状態等により居室の変更が必要となった場合は以下の手続きをとります。		
① 事業者の指定する医師の意見を聴く。		
② 入居者の意思を確認する。		
③ 身元引受人の意見を聴く。		
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)		
個室から個室への住み替えの場合は変更前の権利が変更後の居室で継続します。2人部屋から個室又は個室から2人部屋への住み替えの場合は新たな居室の利用権を設定します。		
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) 個室から個室への住み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。		

施設の入居に関する要件	
自立している者を対象	なし あり
要支援の者を対象	なし あり
要介護の者を対象	なし あり
留意事項	年齢が60歳以上の方（夫婦・兄弟姉妹・親子で入所される場合も同様）原則として本人が施設見学か体験入居を済まされていること。
身元引受人等の条件義務等	身元引受人を1人定めて頂きます。 身元引受人は利用料等の支払いについて入居者と連帯して責任を負っていただきます。 身元引受人は入居者の生活について施設からの連絡、協議に応じ、また入居者が死亡した場合の遺体及び遺留品の引き受けを行います
契約の解除の内容	<p>① 入居者が死亡したとき。（入居者が2名の場合は両者とも死亡した時）</p> <p>② 事業者からの契約解除条項に基づき退所を通告し、予告期間が満了したとき。</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ことが社会通念上著しく困難と認められる場合に、契約を解除することがあります。</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とき 2. 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、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 <p>（参照） [月払い方式：入居契約書第27条第1項・第4項] [入居一時金方式：入居契約書第28条第1項・第4項]</p> <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>
体験入居の内容	体験入居 期間：1泊2日～2泊3日、 料金：1泊2日 10,000円（食費・消費税込み）
入居定員	80名
その他	

2019年6月1日現在

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）

	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						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満	2	2	1		1	6
85歳以上	17	7	4	6	5	39
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満	1					1
65歳以上75歳未満	1					1
75歳以上85歳未満	1	2	1			4
85歳以上	2	10	10			22

入居者の平均年齢

88.8

入居者の男女別人数

男性

20

女性

53

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）

91.2%

前年度の有料老人ホームを退去した者の人数

退去先別人数	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				1		1
医療機関	1		1		1	3
死亡者	1			1		2
その他			1			1
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関						
死亡者	1					1
その他						

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	11	43	14		

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物				(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	72	72	18.00 m ²
	一般居室2人部屋	(あり)	なし	4	8	36.00 m ²
	一般居室相部屋	あり	(なし)			m ²
	介護居室個室	あり	(なし)			m ²
	介護居室相部屋	あり	(なし)			m ²
	一時介護室	あり	(なし)			m ²
共用便所の設置数	6		うち男女別の対応が可能な数		1	
			うち車椅子等の対応が可能な数		5	
個室の便所の設置数	76		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		76	
浴室の設備状況	浴室の数	7		個浴	大浴槽	特殊浴槽
			5	0	1	リフト浴
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	各階に設置					
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						
なし	(あり)	(その内容) 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				
バリアフリーの対応状況						
(その内容) 非常階段を除き、すべてバリアフリー 廊下等に手すりを設置、施設内はすべて車椅子での移動可能、トイレ(洋式便座使用)・洗面台はすべて車椅子対応可能、各居室内のベッドはすべて電動式介護用ベッド使用等						
緊急通報装置(ナースコール)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		各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況	なし	一部あり		各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積 2,989.03m ²						
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(借地)						
(なし)	あり	契約期間	始	平成 年	終	平成 年
		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 3,147.41m ²						
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	2012年	終	2041年
		契約の自動更新		なし	(あり)	

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	【苦情受付相談窓口】を事務所に設置 苦情受付担当者：相談員 苦情解決責任者：施設長		
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	
定休日等	なし 受付時間以外の申し出は当直担当者に対応し、後日早急に苦情受付担当 者が対処します。		
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	介護保険摘要サービスに関して ① 朝霞市役所 長寿はつらつ課 ② 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険適用外サービスに関して ③ 埼玉県都市整備部住宅課 ④ 埼玉県福祉部高齢者福祉課		
電話番号	① 048-463-1111 (代)	③ 048-830-5555	④ 048-830-3254
対応している時間	平日	①③④ 9:00~17:00 ② 10:00~17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土曜日、日曜日、祝日		
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	あり	(その内容) 賠償責任保険、 ①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) ②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 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	あり	(その内容)	
介護サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 施設サービス計画に従い、入居者のニーズにそったサービスと、快適で安全な生活環境を提供 するとともに、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っ て支援していきます。			
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			
入居者及び家族アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			
なし	あり	実施した年月日(原則年1回実施)	平成30年5月、6月
		当該結果の開示状況	なし あり
第三者による評価の実施状況			
なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

5. 利用料金

年齢により前払い金の料金が異なる場合		なし	(あり)
一時金に関する費用			
①居室に要する前払い金（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）		なし	(あり)
名称		最低の額	最高の額
一般居室	1人の入居の場合	144万円	576万円
		最低の額	最高の額
一般居室	2人の入居の場合	万円	万円
		最低の額	最高の額
	人の入居の場合	円	円
前払い金の償却に関する事項		なし	(あり)
償却開始	入居をした月	なし	(あり)
	上記以外	(その内容)	
初期償却率 (%)	なし		
償却年月数	6年(72ヵ月)～12年(144ヵ月)		
解約時返還金の算定方法	<p>前払い金の償却期間内の場合 年齢別入居一時金÷償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの日数</p> <p>前払い金の償却期間を超えている場合 返還金はありません。前払い金の追加徴収は行いません</p> <p>入居後3ヶ月以内の解約の場合 入居一時金全額を返金します。 但し、入居期間分の家賃相当額は日割計算にてお支払いいただきます。</p>		
保全措置の実施状況	なし	(あり)	(その内容) 前払い金の返還金については、返還債務全額を株式会社りそな銀行入居一時金保全信託にて保全措置を行います。
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)		(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	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		(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			
なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		(なし)	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
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			
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			
管理費	なし	(あり)	1人部屋 63,000円 2人部屋 109,000円 消費税別)
(「あり」の場合、その用途) 共用施設の維持管理費(水道光熱費、清掃・修繕費用等)等、事務・管理部門のPerson費、各居室の清掃(床・トイレ・洗面所)及び各居室の水道料金等			
食費	なし	(あり)	1人 54,000円/月 2人 108,000円/月 (30日の場合) (消費税別)
(「あり」の場合、その内容) 食費 1,800円/日 (消費税別) 厨房管理費 900円 食材料費 900円(朝食200円・昼食325円・夕食325円・おやつ50円)			
光熱水費	なし	(あり)	電気料金(各居室にメーター設置) 実費 円
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		(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
個別的な選択による介護サービス		なし	(あり)
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 病院(協力病院以外)・買い物等への付き添いサービス、役所手続き等の代行サービス 750円/30分、規定以外の居室清掃1000円/30分等、介護サービス等の一覧表参照			
家賃相当額	なし	(あり)	1人部屋 100,000円 2人部屋 162,000円(非課税)

その他に必要な月額利用料 なし (あり)

(「あり」の場合、その内容及び利用料)

介護保険給付費用 令和1年6月1日

(介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護の介護費用)

※ 要支援者、要介護者の場合、介護保険給付の自己負担額を支払うこととなります。

区分	介護給付の単位	介護給付費の額 30日分の目安	法定代理受領時の自己負担分/月		
			1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	180 単位/日	56,916円	5,692円	11,384円	17,075円
要支援2	309 単位/日	97,705円	9,771円	19,541円	29,312円
要介護1	534 単位/日	168,850円	16,885円	33,770円	50,655円
要介護2	599 単位/日	189,403円	18,941円	37,881円	56,821円
要介護3	668 単位/日	211,221円	21,123円	42,245円	63,367円
要介護4	732 単位/日	231,458円	23,146円	46,292円	69,438円
要介護5	800 単位/日	252,960円	25,296円	50,592円	75,888円
夜間看護体制 加算	10 単位/日	3,162円	317円/月	633円/月	949円
個別機能訓練 加算	12 単位/日	3,794円	380円/月	759円/月	1,139円
医療機関連携 加算	80 単位/月	843円	85円/月	169円/月	253円
サービス提供 体制強化加算Ⅱ	6 単位/日	1,897円	190円/月	380円/月	570円
退院・退所時 連携加算	30 単位/日	9,486円	949円	1,898円	2,846円
生活機能向上 連携加算	100 単位/月	1,054円	106円	211円	317円
口腔衛生管理 体制加算	30 単位/月	316円	32円	64円	95円
栄養スクリー ニング加算	5 単位/回	52円	6円	11円	16円

※ 夜間看護体制加算と退院・退所時連携加算は要介護者のみです。

※ その他の加算：介護職員処遇改善加算、施設介護報酬の月総単位数の8.2%が加算となりその1～3割が利用者負担となります。

その他、前払い金及び利用料以外に必要な利用料 なし (あり)

(「あり」の場合、その内容及び利用料)

おむつ代等、介護に伴う消耗品代は別途実費負担となります。各居室電気料金は実費となります。自立の方は生活サポート費30,000円(消費税込)がかかります。

6. その他

埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項

(なし)

あり (その内容)

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 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。

通院介助 協力病院以外	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円	基本的には家族対応 状況に応じて実施 別途料金 30分 750円
生活サービス						
居室清掃	床・トイレ・洗面台の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	床・トイレ・洗面の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	床・トイレ・洗面の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	床・トイレ・洗面の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	床・トイレ・洗面の清掃は週3回実施 それ以外でも必要に応じて随時実施	左記以外の清掃は別途料金 30分 1000円
寝具及びリネン類の貸与・交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	年2回の寝具交換と週1回のリネン交換実施 それ以外でも必要に応じて随時交換	左記以外の清掃は別途料金 30分 1000円
洗濯	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00~17:00で随時実施	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00~17:00で随時実施	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00~17:00で随時実施	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00~17:00で随時実施	洗濯機で洗濯可能な衣類 9:00~17:00で随時実施	クリーニング代金 実費
クリーニングの依頼代行	クリーニング代金 実費	クリーニング代金 実費	クリーニング代金 実費	クリーニング代金 実費	クリーニング代金 実費	クリーニング代金 実費
配膳・下膳	必要に応じて食堂にて実施 申込者には3時に食堂で提供	必要に応じて食堂にて実施 申込者には3時に食堂で提供	必要に応じて食堂にて実施 申込者には3時に食堂で提供	必要に応じて食堂にて実施 申込者には3時に食堂で提供	必要に応じて食堂にて実施 申込者には3時に食堂で提供	外出等特別な場合は別途実費
おやつ	外出等特別な場合は別途実費 月1回外部業者により実施(要予約) 実費	外出等特別な場合は別途実費 月1回外部業者により実施(要予約) 実費	外出等特別な場合は別途実費 月1回外部業者により実施(要予約) 実費	外出等特別な場合は別途実費 月1回外部業者により実施(要予約) 実費	外出等特別な場合は別途実費 月1回外部業者により実施(要予約) 実費	外出等特別な場合は別途実費 月1回外部業者により実施(要予約) 実費
理美容サービス	左記以外の場合 30分 750円 交通費は入居者負担	左記以外の場合 30分 750円 交通費は入居者負担	左記以外の場合 30分 750円 交通費は入居者負担	左記以外の場合 30分 750円 交通費は入居者負担	左記以外の場合 30分 750円 交通費は入居者負担	左記以外の場合 30分 750円 交通費は入居者負担
買物代行	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	マルエツ等施設周辺の店舗の場合	左記以外の場合 30分 750円 交通費は入居者負担
役所手続き代行	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担	30分 750円 交通費は入居者負担
生活相談・助言	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施
健康管理サービス						
健康診断	年2回実施	年2回実施	年2回実施	年2回実施	年2回実施	年2回実施
健康相談	随時実施	随時実施	随時実施	随時実施	随時実施	随時実施
生活指導等	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施	必要に応じて実施

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	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、一部又は全介助	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)	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	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	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	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 及び外出レクリエーシ ョン等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクリエーシ ョン等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクリエーシ ョン等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクリエーシ ョン等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクリエーシ ョン等にかかる費用 実費	趣味活動等の材料費 及び外出レクリエーシ 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	随時実施