

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	小河 大希(オガワ カツキ)
所属・職名	代表取締役

1. 事業主体概要

種類	法人	
	営利法人	
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ふるーどっとしーえす 株式会社フルール. CS	
主たる事務所の所在地	〒362-0047 埼玉県上尾市大字今泉 208 番地 1	
連絡先	電話番号	048-788-1765
	FAX番号	048-788-1769
	ホームページアドレス	http://fleur-ageo.jp/
代表者	氏名	小河 大希
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 27年 12月 1日	
主な実施事業	※別添1 (別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) ゆうりょうろうじんほーむ ふるーあげお 有料老人ホーム フルール上尾	
所在地	〒362-0047 埼玉県上尾市大字今泉 208 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	上尾駅

	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・東武バスで「上尾駅西口」乗車7分、「市民体育館前」停留所で下車、徒歩2分
連絡先	電話番号	048-788-1765
	FAX番号	048-788-1769
	ホームページアドレス	http://fleur-ageo.jp/
管理者	氏名	菊池 進吾
	職名	施設長
建物の竣工日		平成29年 2月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年 3月 1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

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,461.01 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成29年3月1日～令和19年2月28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	1143.18 m ²
		うち、老人ホーム部分	623.82 m ²
	耐火構造	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 type="checkbox"/> 3 木造 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	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 29 年 1 月 1 日～令和 18 年 12 月 31 日) <input type="checkbox"/> 2 なし			
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		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A	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	17.34 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプB	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.26 m ²	6 室	一般居室個室
	タイプC	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	15.04 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプC'	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	15.04 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプD	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	15.42 m ²	1 室	一般居室個室
	タイプE	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	27.12 m ²	1 室	一般居室相部屋
	タイプF	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	16.04 m ²	1 室	一般居室個室
	タイプG	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.22 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプH	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.89 m ²	2 室	一般居室個室
	タイプI	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	30.31 m ²	1 室	一般居室相部屋
タイプJ	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	13.55 m ²	3 室	一般居室個室	
タイプK	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	30.31 m ²	1 室	一般居室相部屋	
タイプL	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	14.76 m ²	1 室	一般居室個室	
タイプM	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	27.23 m ²	1 室	一般居室相部屋	

共用施設	共用便所における 便房	5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	2ヶ所				
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所				
			大浴場	0ヶ所				
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	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	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			
	自動火災報知設備	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								

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	当施設（フルール上尾）では、自立可能なご入居者様を中心に、又要介護の方にも安心して頂ける環境創りを第一に考え、楽しい生活を送って頂ける様、施設の運営を目指します。
----------	---

サービスの提供内容に関する特色	併設されているリハビリ特化型デイサービスにより、専門職による自立支援のサポートを行う。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	西村ハートクリニック
		住所	〒362-0036 埼玉県上尾市宮本町 3-2
		診療科目	内科
		協力内容	緊急時対応・診察及び処置 定期による訪問診察及び健康相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	西村ハートクリニック 歯科	
	住所	〒362-0036 埼玉県上尾市宮本町 3-2	
	協力内容	緊急時対応・診察及び処置 定期による訪問治療	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし

	要介護の者	1 あり 2 なし
留意事項	要支援又は要介護の方が自立になられても、居室利用権は継続します。	
契約の解除の内容	<p>(事業所からの契約解除)</p> <p>1 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を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> <p>一 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</p> <p>二 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</p> <p>三 入居契約書第19条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合、事業者は次の各号に掲げる手続きを書面で行います。</p> <p>一 契約解除の報告について90日の催告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立って入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除催告の予告期間中に入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等と協議し、移転先の確保に協力する。</p> <p>3 本条1項第四号によって契約を解除する場合は、事業者は前項のほか、書面にて次の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者からの契約)</p> <p>1 入居者は、事業者に対して30日前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出せず居室を退去した場合、事業者が退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとします。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第29条
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	1 あり (内容 : 5,000 円 / 日 食事別途 1,700 円 / 日) 2 なし	
入居定員		30人
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数) 21人	
	合計	

		常勤	非常勤	
管理者	1人	1人		
生活相談員	1人	1人		
直接処遇職員	13人	5人	8人	
介護職員	11人	5人	6人	
看護職員	3人		2人	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1人		1人	
調理員	7人	1人	6人	
事務員	1人		1人	
その他職員				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計 11人		
		常勤	非常勤
介護福祉士	2人	1人	1人
実務者研修の修了者	1人	1人	
初任者研修の修了者	4人	2人	2人
ホームヘルパー2級	5人	2人	3人
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 3人		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	3人	1人	2人
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 (20時～ 翌7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(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		介護福祉士							
	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人	2人	6人	3人						
前年度1年間の退職者数		2人	7人	2人						
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人	2人	3人						
	1年以上 3年未満			2人	6人	1人				
	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】	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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	施設が所在する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定し、改定することが相当と認める場合。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いた上、あらかじめ入居者及び身元引受人等に通知する。

（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		要介護1	要介護2
	年齢		75歳以上	75歳以上
居室の状況	床面積		13.22 m ²	30.31 m ²
	便所		1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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	0円
	敷金		192,000円	354,000円
月額費用の合計			145,000円	280,000円
家賃			64,000円	118,000円
費用 サービス 外※ 介護保険	食費		51,000円	51,000円/人
	管理費		15,000円	15,000円/人
	光熱水費		15,000円	15,000円/人

	その他	円	円
※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)

費目	算定根拠
家賃	建設費、減価償却費、借入金利等をベースに近傍類似の家賃を参考。
敷金	家賃の 3 ヶ月分
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	施設運営のための人件費、事務費、消耗品費及び維持管理費。
食費	配膳下膳に係る人件費等をベースに算定。
光熱水費	総務省「家計調査」65 歳以上単身世帯のデータを参考に設定。
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	

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	7 人
	女性	23 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	11 人
	85 歳以上	18 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	6 人
	要介護 2	8 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	5 人

	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	24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	87.6歳
入居者数の合計	30人
入居率*	100%
※ 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	0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	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 医療機関入院のため

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	①埼玉県福祉部高齢者福祉課 ②上尾市健康福祉部高齢介護課 ③埼玉県国民健康保険団体連合会
-------	--

		④フルール上尾 代表取締役 小河 大希 ※注 ②、③は当社が提供する介護保険サービスをご利用の場合
電話番号		①048-830-3254 ②048-775-6473 ③048-824-2568 ④048-788-1765
対応している時間	平日	①8:30~17:15 ②8:30~17:00 ③8:30~12:00、13:00~17:00 ④8:30~17:30
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・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) 東京海上日動による損害賠償責任保険
	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) 事故が発生した場合には、直ちに救急要請を行うと共に、入居者の身元引受人及び埼玉県等関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業所の事故又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、入居者側にも故意又は過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除又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	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	1 あり	実施日	
--------------	------	-----	--

見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		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	<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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" 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 checked="" 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 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 2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】	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	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導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	片廊下の有効幅について、指針基準未満の箇所がある（指針基準：1.8m以上）。
「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） <input checked="" 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	あり
不適合事項がある場合の内容	片廊下の有効幅について、指針基準未満の箇所がある（指針基準：1.8m以上）。

添付書類：別添 1（別を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）

令和 年 月 日

有料老人ホームの入居にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

事業者（所在地） 埼玉県上尾市今泉 208 番地 1
（法人名） 株式会社フルール. CS
（代表者名） 代表取締役 小河 大希 印

説明者（事業所名） 住宅型有料老人ホーム フルール上尾
（氏 名） 印

この説明書により、有料老人ホームに関する重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者（住所）

（氏名）

印

代理人（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"/>	<input type="checkbox"/>	フルール上尾訪問介護	上尾市今泉208-1
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リハビリテーションサービスフルール上尾	上尾市今泉208-1
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	フルール上尾居宅介護	上尾市今泉208-1
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
訪問介護相当サービス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	フルール上尾訪問介護	上尾市今泉208-1
通所介護相当サービス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	リハビ'リテ'イサービ' スフルール上尾	上尾市今泉208-1
介護予防認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	フルール上尾 居宅介護	上尾市今泉208-1
<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

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				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり				
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
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				
生活サービス								
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		○	300円/回	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	無料	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	1000円/回	
おやつ			なし	あり		○	100円/回	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	2500円/回	事前予約必要
買い物代行	なし	あり	なし	あり				

役所手続き代行	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	あり				年1回
健康相談	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
服薬支援	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり		○	2500円 /回	
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input type="checkbox"/> あり		○	2000円 /時	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input type="checkbox"/> 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。