

## 重要事項説明書

記入年月日	平成28年 月 日
記入者名	
所属・職名	メディス北越谷・

## 1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ぐりーんらいふひがしにほんかぶしきがいしゃ グリーンライフ東日本株式会社	
主たる事務所の所在地	〒103 - 0028 東京都中央区八重洲一丁目4番16号	
連絡先	電話番号	03 - 5255 - 3338
	FAX番号	03 - 5200 - 1177
	ホームページアドレス	<a href="http://www.greenlife-inc.co.jp/">http://www.greenlife-inc.co.jp/</a>
代表者	氏名	荒井 恵二
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 15年 7月23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) すまいりんぐほーむ めでいすきたこしがや スマイリングホーム メディス北越谷	
所在地	〒343 - 0026 埼玉県越谷市北越谷3-8-20	
主な利用交通手段	最寄駅	東武スカイツリーライン 北越谷駅
	交通手段と所要時間	東武スカイツリーライン「北越谷駅」より 徒歩8分
連絡先	電話番号	048 - 971 - 3405
	FAX番号	048 - 971 - 3406

	ホームページアドレス	http://www.greenlife-inc.co.jp/facility/medis_kitakoshigaya/
管理者	氏名	岡田 桐子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成17年 1月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成17年 2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	1170802589
	指定した自治体名	埼玉県（市）
	事業所の指定日	平成17年 2月 1日
	指定の更新日（直近）	平成25年 5月 1日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	1405.83 m <sup>2</sup>	
	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
		契約期間	1 あり (平成17年1月26日～平成47年1月25日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	2378.15 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	2378.15 m <sup>2</sup>
	耐火構造	1 耐火建築物	
		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		
	3 木造		
	4 その他（ ）		
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物		

		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (平成17年1月26日～平成47年1月25日) 2 なし			
		契約の自動更新	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	15.75 m <sup>2</sup>	43	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	16.48 m <sup>2</sup>	5	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	16.69 m <sup>2</sup>	5	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	16.70 m <sup>2</sup>	5	介護居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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	26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		15ヶ所	
	共用浴室	7ヶ所	個室		4ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	3ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		3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	<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					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	「思いやりによる地域社会への貢献」を運営方針とし、利用者はもとより地域社会に寄与することを念頭に、利用しやすく公平で効率的なサービスを提供する。			
サービスの提供内容に関する特色	アットホームな施設で、あなたらしい生活をお送りください。私たちは入居者様の今までの生活を大切に考え、生活習慣や趣味などご希望に沿えるよう努力しています。又、24時間看護師が常駐していますので、健康面でのサポートも充実しています。			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	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	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	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		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" 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（施設内訪問診療対応、医療行為立会い）
協力医療機関	1	名称	医療法人康麗会 越谷誠和病院
		住所	埼玉県越谷市谷中町 4-25-5
		診療科目	内科・外科・整形外科・循環器科・小児科・脳神経外科・泌尿器科・皮膚科・形成外科・理学療法科・麻酔科
		協力内容	入院診療の実施、日常の健康管理
	2	名称	医療法人社団大和会 慶和病院
		住所	埼玉県越谷市千間台西 2-12-8
		診療科目	内科・外科・整形外科・肛門外科・口腔外科・精神科・歯科・血液透析・リハビリテーション科
		協力内容	入院診療の実施、日常の健康管理、通院透析
協力歯科医療機関		名称	谷塚歯科クリニック
		住所	埼玉県草加市瀬崎 3-41-28 メゾンフジ 1F
		協力内容	歯科治療全般、訪問歯科、口腔ケアの指導

**(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 checked="" 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			より適切な介護等を提供する為に必要と判断する場合
手続きの内容			なし
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			
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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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)
		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	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	入居時		
契約の解除の内容			
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 29 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	1 あり (内容 : 6 泊 7 日 1 泊 2 日 10,800 円 (税込) ) 2 なし		
入居定員	58 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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員				
介護職員	16	11	5	14
看護職員	9	3	6	5.5
機能訓練指導員	1	1		0.5
計画作成担当者	2	2		1.5
栄養士	2	1	1	1.5
調理員	9		9	5.5
事務員	1	1		1
その他職員	1		1	0.2

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ <sup>2</sup>	37.5
<p>※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。</p> <p>※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。</p>	

**(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	0		
介護福祉士	11	9	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	4	4	
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	
看護師又は准看護師	9	3	6
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 ( 19時～ 7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1人
介護職員	2人	2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 c 2.5 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	2.1:1

※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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	3		1		1		1	
前年度1年間の退職者数	1		2	2	2				1	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満								2	
	1年以上 3年未満			2						
	3年以上 5年未満	2								
	5年以上 10年未満		4	4						
	10年以上	1	2	7				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 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	
利用料金 の改定	条件	
	手続き	

### (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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	15.75 m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	
	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	0 円	円	
月額費用の合計		268,372 円	円	
家賃		121,600 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	0 円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	71,280 円	円
		管理費	75,492 円	円
		介護費用	0 円	円
		光熱水費	0 円	円
その他	0 円	円		

※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)**

費目	算定根拠
家賃	建物の賃料、諸設備リース料や減価償却費、原状回復日相当
敷金	なし
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	光熱水費、共有施設の維持管理費・共有施設の備品・消耗品・事務・管理部門の人件費・レクリエーション費用の一部
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく
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	なし

**(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	要介護度に応じたケアプランを作成・ケアの実施
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）	なし
※ 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		%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	
	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【2016年4月1日現在】**

**(入居者の人数)**

性別	男性	10 人
	女性	45 人
年齢別	65 歳未満	3 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	25 人
	85 歳以上	25 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	7 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	16 人
	要介護 5	18 人
入居期間別	6 ヶ月未満	15 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	8 人
	1 年以上 5 年未満	24 人

	5年以上 10年未満	8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	82.6歳
入居者数の合計	55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	9人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	9人
	死亡者	15人
	その他	3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	22人
	(解約事由の例) ♣医療機関から施設に戻れない。♣ショートステイの方	

**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	施設長 岡田 桐子	
電話番号	048-971-3405	
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	8:30~17:00
定休日	施設長の公休日は副施設長・計画作成担当者・相談員が対応	

**(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) 東京海上日動火災保険株式会社 事業者は、本契約に基づくサービスの提供に当って、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかににゅうきょしゃに対して損害の賠償を行います。但し、入居者側に重大な過失がある場合には損害額を減少して支払う又は支払わない場合があります。
	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)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	<input checked="" 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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	平成 27 年 11 月 15 日
		結果の開示	1 あり <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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	結果の開示	1 あり 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 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 2回				
	<input type="checkbox"/> 2 なし				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 2 代替措置なし</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
	<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 type="checkbox"/> 2 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	なし				
不適合事項がある場合の内容					

- 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)  
別添 3 (消耗品料金表)  
別添 4 (重度化した場合における対応に係る指針)

※ \_\_\_\_\_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 事業主体が越谷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		
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		
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	メディス越谷蒲生	越谷市蒲生西町2-2-25
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		
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		
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	メディス越谷蒲生	越谷市蒲生西町2-2-25
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	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）	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	
<b>介護サービス</b>							
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		○	廃棄料込の金額で1パックずつ販売（別添3参照）
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		○	4,320円 協力医療機関以外1時間につき有料
<b>生活サービス</b>							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			基本的に週3回
リネン交換	なし	あり	なし	あり			基本的に週1回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			基本的に週2回
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			
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		1,500円	外部業者にて実費徴収
買い物代行	なし	あり	なし	あり		3,240円	1回につき有料
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			
<b>健康管理サービス</b>							
定期健康診断			なし	あり			年2回受ける機会あり（実費負担）
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			
<b>入退院時・入院中のサービス</b>							
移送サービス	なし	あり	なし	あり			指定移送事業者ではない為実施していない。
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		4,320円	協力医療機関以外1時間につき有料
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			

※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。