

リアンレーヴふじみ野

有料老人ホーム 重要事項説明書

株式会社木下の介護

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和元年7月1日
記入者名	西内 信二郎
所属・職名	リアンレーヴふじみ野・ 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 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	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
代表者	氏名	佐久間 大介
	職名	代表取締役
設立年月日	1995年10月26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) りあんれーう“ ふじみの

リアンレーヴふじみ野

所在地

〒356-0004

埼玉県ふじみ野市上福岡 5-6-20

主な利用交通手段

最寄駅

「上福岡

駅

交通手段と所要時間

- ・東武東上線「上福岡」駅下車 徒歩約7分
(約560m)

連絡先

電話番号

049-267-5621

FAX 番号

049-267-5624

ホームページアドレス

https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/care_home/lien_reve_fujimino.html

管理者

氏名

西内 信二郎

職名

施設長

建物の竣工日

2019年3月28日

有料老人ホーム事業の開始日

2019年6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)		
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	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日(直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,624.06 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
	契約期間	1 あり	

			(年月日～年月日)			
			2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体			2,386.80 m ²	
		うち、老人ホーム部分			2,353.06 m ²	
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
	構造	3 その他()				
		1 鉄筋コンクリート造				
所有関係	2 鉄骨造					
	3 木造					
居室の状況	居室区分 【表示事項】	4 その他()				
		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 (2019年5月1日～2049年4月30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	18.00m ²	63室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²	室	
	タイプ3	有/無	有/無	m ²	室	
	タイプ4	有/無	有/無	m ²	室	
	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	6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		6ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		2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	当施設は、介護ビジネスが社会的責任を有する事業であることを自覚し入居者のニーズに沿ったサービスを提供し、「安心、安全、こころの介護」に努めるとともに、高齢者とそのご家族のクオリティオブライフ(QOL)をサポートすることを経営理念として高齢者がいつまでも生き生きと暮らせる環境作りを目指しています。
サービスの提供内容に関する特色	施設の職員等は要支援・要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように、入浴・排泄・食事の介助、その他の生活全般にわたる支援を行なう。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	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 2 委託 3 なし
健康管理の供与	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	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

(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
(Ⅲ)		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	1 救急車の手配
------	----------

※複数選択可		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	医療法人誠光会 ひかりクリニック
		住所	埼玉県さいたま市大宮区大成町3-339-2
		診療科目	内科、皮膚科、精神科、神経内科、循環器内科
		協力内容	往診、緊急時対応のアドバイス、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	医療法人社団 慶実会 グレースデンタルクリニック埼玉分院
		住所	埼玉県川越市脇田町本町29-1
		協力内容	訪問歯科診療、口腔ケアサービス

(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		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他(別の介護居室)	
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		1 あり 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		1 あり 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり 2 なし	
	その他の変更	1 あり 2 なし	(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。

(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		
契約の解除の内容		
(1) 入居者が死亡したとき (2) 入居者、又は事業者から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	1. 事業者は次の各号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、本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。 一 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 二 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 三 第3条第4項の規定に違反したとき 四 第20条の規定に違反したとき 五 乙の行動が、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 (上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書第32条「甲(事業者)からの契約解除」を参照下さい)
	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	1 あり(内容:1泊14,100円 7泊8日以上2週間まで 夕・朝食付き(2泊以上の利用で昼食無料)) 2 なし	
入居定員		63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	15	10	5	
看護職員	3	2	1	
介護職員	12	8	4	
機能訓練指導員	1	1		
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
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}				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	6	4	2
実務者研修	2	2	
介護職員初任者研修	4	2	2
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	1	1	
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時～10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	1人	1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 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

※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		介護支援専門員						
		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											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	2	1	8	4			1			
	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】	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	1 全額前払い方式
【表示事項】	2 一部前払い・一部月払い方式

		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 2 なし
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 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		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、入居者又は契約者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 0円プラン	前払金	プラン2 金プラン	前払
入居者の状況	要介護度	1 要支援・要介護 ②自立		①要介護3 立	②自
	年齢		85歳		85歳
居室の状況	床面積		18.00㎡		18.00㎡
	便所	1 有 2 無		1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無		1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無		1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金		0円		2,400,000円
	敷金		0円		0円
月額費用の合計					
		1	257,000円	1	217,000円
		2	289,400円	2	249,400円
家賃相当額			95,000円		55,000円
サービス費用	介護保険外※ 2	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		—	
		食費		64,800円	64,800円
		管理共益費		64,800円	64,800円
		生活サポート費		32,400円	32,400円
		光熱水費		管理共益費に含む	
		その他(自立生活サポート費)		①要支援・要介護 0円 ②自立 32,400円	①要支援・要介護 0円 ②自立 32,400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
家賃相当額	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)
生活サポート費	32,400円/月
管理共益費	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	食材費:206円/回・昼食:309円/回・夕食:411円/回・間食:0円/回 厨房管理費:37,020円/月 *業務委託料により算定
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	自立生活サポート費:32,400円/月 自立入居者に対応する人件費を基礎に算定。

(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	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(償却年月数)	60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	0%	
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ヵ月分の家賃却額)÷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)
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	りそな銀行
	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	0人
	女性	0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	0人
	85歳以上	0人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	0人
	要介護 2	0人
	要介護 3	0人
	要介護 4	0人
	要介護 5	0人
入居期間別	6か月未満	0人
	6か月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	0人
	5年以上 10年未満	0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	0歳
入居者数の合計	0人
入居率*	%
※ 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	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	リアンレーヴふじみ野	
電話番号	049-267-5620	
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	なし
-----	----

窓口の名称	本社窓口：介護ご意見 110 番	
電話番号	0120-100-537	
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	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	8:30～17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日	土日・祝祭日・年末年始（12/29～1/3）	

窓口の名称	ふじみ野市 高齢施設課 高齢福祉係	
電話番号	049-262-9036	
対応している 時間	平日	8:30～17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日	土日・祝祭日・年末年始（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) ウォームハート:損害保険ジャパン日本興 亜
	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) 事故クレームマニュアルに基づき対応しま 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	2018年8月(弊社施設で実施実績あり)
		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	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:) 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	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 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	1 あり 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	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		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類:別添1(別々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 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	木下の介護ふじみ野	ふじみ野市上福岡 5-6-20
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	リアンレーヴ川口新井宿	川口市新井宿 19-1
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		
地域密着型通所介護	あり	なし	木下の介護 川口	川口市八幡木 1-13-12
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	木下の介護ふじみ野	ふじみ野市上福岡 5-6-20
＜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	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	リアンレーヴ川口新井宿	川口市新井宿 19-1
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：リアンレーヴふじみ野)

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(利用者一部負担個別の利用料で、実施するサービス)				包含 ^{*2}	都度 ^{*2}	料金 ^{*3}	備考	
介護サービス	巡回	なし	あり	なし	あり	◆◇		自立:夜間2回 要支援・要介護:昼間2回、夜間2回 昼間(9時~17時)夜間(17時~9時)	
	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		○	実費	
	清拭	なし	あり	なし	あり				
	巡視(安全確認)	なし	あり	なし	あり	◆		自立者のみ	
	見守り入浴	なし	あり	なし	あり		○	①2,000円/回 ②1,000円/回	①自立者 ②要支援者
	一般浴介助	なし	あり	なし	あり		○	1,800円/回	要支援・要介護者
	特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,400円/回	要介護者のみ
	身辺介助(居室からの移動)	なし	あり	なし	あり				
	身辺介助(衣類の着脱)	なし	あり	なし	あり				
	機能訓練	なし	あり	なし	あり				
	通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり		○	①3,000円/30分 ②1,500円/30分	①自立者 ②要支援、要介護者 ※交通費は実費
	通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり		○	①3,600円/30分 ②1,800円/30分	①自立者 ②要支援・要介護者 ※交通費は実費
生活サービス	居室清掃 注1	なし	あり	なし	あり		○	1,400円/回	
	日常の洗濯 注2	なし	あり	なし	あり		○	1,400円/回	
	クリーニング	なし	あり	なし	あり		○	実費	
	リネン交換 注3	なし	あり	なし	あり		○	1,500円/回	自立者のみ
	寝具レンタル	なし	あり	なし	あり		○	1,500円/月	布団・枕・ベッドパット
	リネンレンタル	なし	あり	なし	あり		○	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	あり	◆◇			粗大ゴミ等実費
	居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	◆◇	○	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			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	
	買い物代行(施設指定・要予約)注4	なし	あり	なし	あり		○	1,800円/30分	
	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	なし	あり		○	実費	年2回の機会提供
	健康相談	なし	あり	なし	あり	◆◇			必要時適宜
	生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	◆◇			必要時適宜
	服薬支援	なし	あり	なし	あり	◆◇			必要時適宜
	生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	◆◇			必要時適宜
	緊急時対応	なし	あり	なし	あり	◆◇			24時間対応
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				
その他サービス									
	郵便、宅配便	なし	あり	なし	あり	◆◇			
	クリーニング等の取次ぎ	なし	あり	なし	あり		○	300円/回	
	レクリエーション	なし	あり	なし	あり	◆◇			イベント費・材料費等実費
	買物付添い等注7	なし	あり	なし	あり		○	1,500円/30分	要支援・要介護のみ

※金額表記は全て(税抜)表記です。

注1 1回20分程度にて可能な範囲

注2 洗濯・乾燥・たたみ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3 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4 施設指定日に指定場所にて購入できるものに限り、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5 交通費実費が別途かかります。

◆:月額のサービス費用に包含(自立者)

◇:月額のサービス費用に包含(要支援、要介護者)

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3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。