

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

重要事項説明書

記入年月日	令和2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） <input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input 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 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし			
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (2019年5月1日～2049年4月30日) <input type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全室個室				
		<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	63 室	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²	室	
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²	室	
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²	室	
	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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		

	便房		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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（車椅子対応） <input checked="" 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				

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<p>私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかで温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることは</p>

	ご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 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	元気クリニック上福岡
		住所	埼玉県ふじみ野市上福岡 1-14-46 中商ビル 1 階
		診療科目	内科
		協力内容	往診、24 時間オンコール体制による医療サービスの提供、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	大宮デンタルクリニック	
	住所	埼玉県さいたま市北区植竹町 1-755-2TK ビル 1 階	
	協力内容	訪問歯科診療	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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。 <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	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	<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 ・入居者等による事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき <p>(上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書 31 条「事業者からの契約解除」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	1 あり (内容: 1泊 14,400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	17	7	10	
介護職員	16	7	9	
看護職員	1		1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	2	1	1	
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	11	6	5

実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5	2	3
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		
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、	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	

本欄は省略可能)	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				4	7						
前年度1年間の退職者数				3	3						
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年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満				9						
	5年以上 10年未満			5							
	10年以上		1								
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	<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 <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	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		
入居者の状況	要介護度	① 要支援・要介護 ② 自立		
	年齢	85 歳	歳	
居室の状況	床面積	18.00 m ²	m ²	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 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		① 229,000 円 ② 262,000 円	円 円	
家賃相当額		85,000 円	円	
サービス費用 ※2	特定施設入居者生活介護※1の費用		—	
	介護保険	食費	28,500 円	円
		管理共益費	82,500 円	円
		生活サポート費	33,000 円	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 33,000円	
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>			

(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	33,000円/月
管理共益費	水道光熱費、施設の設備・修繕・管理、厨房管理費、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：214円/回・昼食：317円/回・夕食：419円/回 ※各食軽減税率対象
光熱水費	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	自立生活サポート費：33,000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

入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上1年未満	19人
	1年以上5年未満	3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	85歳
入居者数の合計	31人
入居率*	49.2%
※ 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	2人
	医療機関	6人
	死亡者	3人
	その他	0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	8人
		(解約事由の例) 医療行為が常時必要になった為

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) ※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	10:00～18:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝日・年末年始

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	<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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2019年9月(弊社施設で実施実績あり)
		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 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)

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"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	木下の介護越谷	越谷市大字平方2162-8
短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所介護	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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>				
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	あり	<input type="checkbox"/> なし		
<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

(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）の指定の有無					なし	あり	備考	
介護サービス	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
	なし	あり	なし	あり				
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～19時）夜間（19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		○	1,826円/回 要支援・要介護者のみ	
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴衛生管理注 ¹	なし	あり	なし	あり		○	550円/回 自立・要支援者のみ	
清拭	なし	あり	なし	あり		○	2,750円/回	
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		○	2,200円/回 自立・要支援者のみ	
一般浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,750円/回 要支援・要介護者のみ	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	4,400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		○	①3,300円/30分 ②2,728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		○	①3,960円/30分 ②2,728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2	なし	あり	なし	あり		○	1,540円/回	
日常の洗濯 注3	なし	あり	なし	あり		○	1,540円/回	
クリーニング	なし	あり	なし	あり		○	実費	
リネン交換 注4	なし	あり	なし	あり		○	1,650円/回	自立者のみ
寝具レンタル	なし	あり	なし	あり		○	1,650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		○	1,100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				粗大ごみ等実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	◆◇	○	330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 (Webのみ)	なし	あり	なし	あり		○	660円/回	
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		○	330円/回	
レクリエーション	なし	あり	なし	あり				要望は考慮し実施について都度検討致します。
買物付添い等 注5	なし	あり	なし	あり		○	4,400円/1時間	要支援・要介護のみ

※金額表記は全て（税込）表記です。

注1 介護保険サービスを利用しない場合の入浴準備及び浴室清掃等を実施します。 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 交通費実費が別途かかります。

◆：月額サービス費用に包含（自立者）

◇：月額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。