

重要事項説明書

記入年月日	令和4年7月1日
記入者名	石井 知美
所属・職名	事業所長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃがつけんここふあん 株式会社学研ココファン	
主たる事務所の所在地	〒141-8420 東京都品川区西五反田 2-11-	
連絡先	電話番号	03-6431-1860
	FAX番号	03-6431-1864
	ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp
代表者	氏名	森 猛
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 20年5月15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) ここふあんかわごえなかだいまち ココファン川越中台元町
----	---------------------------------------

所在地	〒350-1138 埼玉県川越市中台元町 1-9-4	
主な利用交通手段	最寄駅	JR川越線「川越」駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・川越駅よりバスで12分 バス停より徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・乗車12分
連絡先	電話番号	049-245-7760
	FAX番号	049-245-7761
	ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp
管理者	氏名	金山 純恵
	職名	事業所長
建物の竣工日		昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年9月30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年5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	令和 3年 5月 1日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,233.00 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 (2020年10月1日～2050年9月30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	1,990.31 m ²

		うち、老人ホーム部分	1,990.31 m ²			
耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2020年10月1日～2050年9月30日) 2 なし				
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.24 m ²	29	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	26.46 m ²	3	介護居室個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	25.62 m ²	8	介護居室個室
	タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	25.92 m ²	2	介護居室個室
	タイプ5	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.54 m ²	4	介護居室個室
	タイプ6	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	37.80 m ²	2	介護居室個室
タイプ7	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	36.48 m ²	2	介護居室個室	
タイプ8	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	有/ <input type="checkbox"/> 無	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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所			

	介護浴槽		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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	エレベーター	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	多くの高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	高齢者の尊厳を守り、一人ひとりの心と身体がより良い状態に向かうことを考え行動します。
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 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	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

有無	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 <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 ()	
協力医療機関	1	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／消化器内科／呼吸器内科／糖尿病内科／睡眠時無呼吸症候群(SAS)／AGA治療／ニンニク注射／プラセンタ注射
		協力内容	医療協力、健康相談、健康診断
	2	名称	医療法人社団 優青会 あおぞらクリニック川越
		住所	埼玉県川越市南通町 19-2-307
		診療科目	内科
		協力内容	医療協力、健康診断、健康相談、
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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 type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他(本人・連帯保証人及び身元引受人の希望による)
判断基準の内容	本人・連帯保証人及び身元引受人の希望による

手続きの内容	従前契約の解約、及び 新契約の締結	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	なし（終身建物賃貸借契約）	
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

(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	60歳以上、事業主体が設定する基準による審査あり	
契約の解除の内容	入居者等に義務不履行があった場合、通知による解除	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	終身建物賃貸借契約 第14条および15条
	解約予告期間	6ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヵ月または6ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容:) 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				
直接処遇職員	10	5	5	7
介護職員	10	5	5	7
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1			
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
※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	勤務形態	
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	5	5	
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			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	勤務形態	
		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 (17時～ 9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			0	0						
前年度1年間の退職者数			0	0						
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		0	0						
	1年以上		2	0						
	3年未満									
	3年以上			5	0					
	5年未満									
	5年以上			3	0					
10年未満										

10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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】	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	一、土地または建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合。二、土地または建物の価格、諸物価の上昇または低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合。三、近傍同種の建物に比較して賃料が不相当となった場合。四、本物件もしくは付帯設備または敷地に改良を施した場合
	手続き	協議の上、改定を決定する。改定の場合は再契約。

(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	自立から要介護	自立から要介護
	年齢	60歳以上又は要介護・要支援	60歳以上又は要介護・要支援
居室の状況	床面積	18.24 m ²	37.89 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で	前払金	0円	0円

必要な費用	敷金	112,000 円	242,000 円	
月額費用の合計		167,640 円	274,180 円	
家賃		56,000 円	121,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	介護保険外※ ²	食費	49,440 円	98,880 円
		共益費	22,600 円	9,200 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	(共益費に含む) 円	(実費) 円
生活支援サービス費		39,600 円	45,100 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	近傍家賃相場による
敷金	家賃の 2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	緊急時対応、安否確認、生活支援相談などへの職員対応の件数として
食費	希望制（朝 422 円・昼 638 円・夕 588 円 3 食 30 日食べた場合 49,440 円）
光熱水費	建物全体にかかる光熱費から共同利用設備部分で使用する光熱水費を除いた光熱水費に、各専有面積を各専有部分の合計面積で除いた面積按分割合を乗じた額
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	介護保険適用外のサービスは、10 分 440 円～

(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

	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	83.6歳
入居者数の合計	56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	1人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	人
	死亡者	1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		【現地事業所】事業所長 【本社】事業本部長 木村 祐介
電話番号		03-6431-1860
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	原則窓口は休業日
	日曜・祝日	原則窓口は休業日
定休日		土日、祝日、年末年始休

窓口の名称	川越市役所介護保険課
電話番号	049-224-8811 (代表電話)

対応している時間	平日	8時30分～17時15分
	土曜	原則窓口は閉庁日
	日曜・祝日	原則窓口は閉庁日
定休日		土日、祝日、12月29日から1月3日

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568（苦情相談専用）
対応している時間	平日	8時30分～12時00分 13時00分～17時00分
	土曜	原則窓口は閉庁日
	日曜・祝日	原則窓口は閉庁日
定休日		土日、祝日、12月29日から1月3日

（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） サービス等の提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由による損害を補償 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 【居宅介護事業者賠償責任保険】
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	（その内容） 事故当事者の身体生命に係る対応を最優先に行い、その後、行政機関に事項報告を行う。
	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	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	年に数回随時
		結果の開示	1 あり <input type="checkbox"/> 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
<input 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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり	(開催頻度) 年 0 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 入居者の家族との個別の連携体制を確保する。
	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福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	
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）

※ _____ 様

説明年月日 令和 4年 7月 1日

説明者署名 _____ 石井 知美 _____

※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	学研ココファン 三郷中央ヘルパーセンター	埼玉県三郷市中央1-27-3
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	学研ココファン ・ナーシング越谷	埼玉県越谷市南越谷5-13-1 パールハイツ201
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	デイサービスココファン北本	埼玉県北本市中央2-95
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	ショートステイココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-3
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	ココファン大袋	埼玉県越谷市袋山1400-1
福祉用具貸与	あり	なし	福祉用具ココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-3
特定福祉用具販売	あり	なし	福祉用具ココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-3
<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	学研ココファン ふじみ野	埼玉県ふじみ野市ふじみ野4-8-13
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	学研ココファン 三郷中央ヘルパーセンター	埼玉県三郷市中央1-27-3
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	学研ココファン ・ナーシング越谷	埼玉県越谷市南越谷5-13-1 パールハイツ201
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	デイサービスココファン北本	埼玉県北本市中央2-95
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	ショートステイココファンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉野町2-210-3
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	ココファン大袋	埼玉県越谷市袋山1400-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	福祉用具ココファン	埼玉県さいたま市北区吉

			アンしらかば	野町2-210-3
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	福祉用具ココフ アンしらかば	埼玉県さいたま市北区吉 野町2-210-3
<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	学研ココファン ふじみ野	埼玉県ふじみ野市ふじみ 野4-8-13
<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・サービスパッケージ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※3	備考
	特定施設入居者生活介護 で、実施するサービス （利用者一部負担※1）	なし				
介護サービス						
食事介助	あり	なし		○	10分 624円	
排泄介助・おむつ交換	あり	なし		○	同上	
おむつ代				○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし		○	10分 624円	
特浴介助	あり	なし				
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし				
機能訓練	あり	なし				
通院介助	あり	なし		○	10分 624円	
生活サービス						
居室清掃	あり	なし		○	10分 440円	
リネン交換	あり	なし		○	同上	
日常の洗濯	あり	なし		○	同上	
居室配膳・下膳	あり	なし		○	同上	
入居者の嗜好に応じた特別な食事						
おやつ						
理美容師による理美容サービス	あり	なし		○	実費	
買い物代行	あり	なし		○	10分 440円	
役所手続き代行	あり	なし				
金銭・貯金管理	あり	なし		○	*	*基本サービスに含む
健康管理サービス						
定期健康診断						
健康相談	あり	なし		○	*	*基本サービスに含む
生活指導・栄養指導	あり	なし				
服薬支援	あり	なし		○	*	*基本サービスに含む
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし				
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし				
入退院時の同行	あり	なし				
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし				
入院中の見舞い訪問	あり	なし				

※1：利用者の所得等に依り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。