

## 重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

## 1. 設置者（\*）

種類	個人 <input checked="" type="radio"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) しゃかいいりょうほうじん けいじんかい 社会医療法人 恵仁会	
主たる事務所の所在地	〒385-0051 長野県佐久市中込一丁目17番地8	
連絡先	電話番号	0267-64-1700
	FAX番号	0267-61-1719
	ホームページアドレス	<a href="https://www.keijinnet.or.jp">https:// www.keijinnet.or.jp</a>
	電子メールアドレス	info@keijinnet.or.jp
代表者	氏名	黒澤 一也
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成47年 4月 6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) ケイジンケアホーム長土呂	
所在地	〒385-0021 長野県佐久市長土呂203番地1 Serena Vita 浅間 西棟2階・3階	
主な利用交通手段	最寄駅	佐久平駅
	交通手段と所要時間	①JR利用の場合 ・北陸新幹線・佐久平駅より徒歩25分 ②自動車利用の場合 ・佐久平IC下車5分
連絡先	電話番号	0267-68-1782

	FAX番号	0267-68-1782
	ホームページアドレス	<a href="https://www.keijinnet.or.jp/k/index_k.html">https://www.keijinnet.or.jp/k/index_k.html</a>
	電子メールアドレス	care-home@keijinnet.or.jp
管理者	氏名	朝倉 梨津子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成・令和 15年 11月 13日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 1年 10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	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日 指定の更新日（直近）
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

**3. 建物概要（\*）**

土地	敷地面積	2580.17㎡	
	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 (2019年10月1日～2023年11月30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	1996.82㎡
		うち、老人ホーム部分	527.58㎡
	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	(2019年10月1日～2023年11月30日)		
	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	12.43 m <sup>2</sup>	6	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	11.63 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	13.22 m <sup>2</sup>	1	一般居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	30.45 m <sup>2</sup>	6	一般居室個室
	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」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
廊下の幅	中廊下 (向かい合いの居室に面している廊下)		1. 9 m	その他の廊下	1. 4 m	
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	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	3階なし
	防火管理者	1 あり	2 なし	
	防災計画	1 あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	1 あり 2 一部あり 3 なし	1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 あり 2 一部あり 3 なし
	便所			その他（ ） 1 あり 2 一部あり 3 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	家庭的な住環境のもと、安心して穏やかに暮らせるように生活を支援いたします。		
サービスの提供内容に関する特色	日常生活支援サービスとして、安否確認・調理・配膳下膳・服薬確認等を定額料金で実施します。 居室の清掃・リネン交換・洗濯は実施回数に応じて料金を頂きます。		
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記載不可

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	入居継続支援加算	1 あり	2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり	2 なし
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	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) (Ⅱ)	1 あり 2 なし 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		<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い (法人内事業所の有料サービスで対応) <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 (法人内事業所の有料サービスで対応) <input type="radio"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	社会医療法人恵仁会 くろさわ病院
		住所	佐久市中込一丁目17番地8
		診療科目	内科 整形外科 形成外科 皮膚科 婦人科 リハビリテーション科 リウマチ科
		協力科目	内科 整形外科 皮膚科
		協力内容	緊急対応・予防接種
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	御影歯科医院
		住所	佐久市中込3030番地4
		協力内容	入れ歯の調整等

(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	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 (適切なサービスを提供するために必要と判断する場合)	
判断基準の内容	入居者の要介護度の変化や、心身状況の変化により判断する	
手続きの内容	・緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ・入居者、身元引受人等に説明し同意を得る	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし (居室の仕様が変更する場合に、居室料が変更する場合もある)	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行する	
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 (増減する場合もある)
	便所の変更	1 あり 2 なし (変更する場合もある)
	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	(変更内容) 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	共同生活を営むことに支障がなく自傷他害及び入居者・職員に対する暴言等の恐れがない方で、身元引受人・連帯保証人を定められる方。かつ連携会議において入居を認められた方。	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が死亡したとき。</li> <li>・入居者が2ヶ月以上不在のとき。</li> <li>・事業者が契約解除を通告し、予告期間が満了したとき。</li> <li>・入居者が契約解除を事業者に申し入れ10日間経過したとき。</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	・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。

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく2ヶ月以上連続して滞納し、督促後10日以内に支払われないとき。</li> <li>・施設の利用において入居者に禁止又は制限をしている規定に違反し是正しないとき。</li> <li>・入居者の行動が施設の共同生活に支障をきたし、かつ入居者に対する通常の介護方法等ではこれを防止することができないとき。</li> <li>・当施設のサービス、及び外部の居宅介護サービス等で、入居者の生活を支えられなくなったとき。</li> </ul>
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間		10日間
体験入居の内容	1 あり（内容： ） 2 なし	
入居定員		14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	1		1	
直接処遇職員				
介護職員	9	1	8	
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		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 <sup>※2</sup>				
<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			
介護福祉士	8		8
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
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			
はり師			
きゅう師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 時～ 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	1.5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	契約上の職員配置比率 <sup>※</sup>	a 1.5 : 1 以上
--------------	-------------------------	--------------



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)	【表示事項】	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										
	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											
応じた業務に従事した経年数に 職員の人数	1年未満										
	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		採用時に		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	1 利用権方式
---------	---------

【表示事項】	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 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	消費者物価指数及び人件費他を勘案する
	手続き	入居者・身元引受人の同意を得る

(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			
	年齢			
居室の状況	床面積	1 2. 4 3 m <sup>2</sup>	3 0. 4 5 m <sup>2</sup>	
	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	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		1 4 2, 9 5 0 円	1 5 0, 8 5 0 円	
家賃		4 8, 0 0 0 円	6 6, 0 0 0 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	5 0, 7 0 0 円	5 0, 7 0 0 円
		管理費	1 9, 2 5 0 円	9, 1 5 0 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	2 5, 0 0 0 円	2 5, 0 0 0 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	近隣の家賃相場をもとに積算
敷金	なし
介護費用	介護保険サービスは行いません
管理費※1	共用施設等の維持管理費、水道光熱費
食費	喫食数に応じて請求。朝食 400 円、昼食 600 円、夕食 690 円
光熱水費等※2	居室の電気・ガス・上下水道。 2階は管理費に含める。3階は実費精算
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)
その他のサービス利用料	電気製品使用料
※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。 ※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。	

**(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	
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【冒頭に記した記入日現在】

### （入居者の人数）

性別	男性	3人
	女性	11人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	9人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	1人
	要介護2	9人
	要介護3	1人
	要介護4	2人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	11人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	人

### （入居者の属性）

平均年齢	84.6歳
入居者数の合計	14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	人
	社会福祉施設	1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) 社会福祉施設へ転居

## 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		ケイジンケアホーム長土呂
電話番号		0267-68-1782
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30
	土曜	8:30 ~ 17:30
	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30
定休日		なし
窓口の名称		社会医療法人恵仁会 長土呂在宅サービス課
電話番号		0267-54-8164
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30
	土曜	8:30 ~ 17:30
	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30
定休日		なし
窓口の名称		佐久市福祉部高齢者福祉課
電話番号		0267-62-3154
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日
窓口の名称		長野県佐久保健福祉事務所 福祉課
電話番号		0267-63-3140
対応している時間	平日	
	土曜	

	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、祝日

(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	1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン(株)の賠償責任保険に加入
	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) 介護保険サービス提供事業者によるサービス提供中の事故は当該事業者が対応し、この解決に向け協力します。
	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	年間を通じて意見箱を設置
		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	入居者 1 人当たりの床面積が 13 m <sup>2</sup> 以下 トイレに緊急通報装置未設置 廊下幅が 2.7 m <sup>2</sup> 未満
「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)

説明年月日 年 月 日

説明を受けた方 署名

\_\_\_\_\_

説明を行った者 署名

\_\_\_\_\_

別添 1 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接	ヘルパースト中込 ヘルパースト長土呂	佐久市中込3-15-6 佐久市長土呂203-1
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接	ヘルパースト望月	佐久市協和126-3
訪問看護	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接	訪問看護ST中込 訪問看護ST塚原	佐久市中込1-17-8 佐久市塚原1894-1
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	くろさわ病院	佐久市中込1-17-8
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接	さなだクリニック くろさわ病院	上田市真田町長 佐久市中込1-17-8
通所介護	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接 併設・隣接	中込デイサービス 宅幼老所のざわ 宅幼老所ながとろ	佐久市中込3-15-6 佐久市野沢219-17 佐久市長土呂203-1
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接 併設・隣接	くろさわ病院 さなだクリニック 安寿苑	佐久市中込1-17-8 上田市真田町長 佐久市中込1-17-8
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接	シルバーポートつかばら	佐久市塚原1894-1
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接	安寿苑 サライト老健なごみ	佐久市中込1-17-8 佐久市中込3-15-6
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	シルバーポートつかばら	佐久市塚原1894-1
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	シルバーハウス塚原	佐久市塚原2228-3
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	地域ケアセンター中込	佐久市中込3-2-8
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接	訪問看護ST中込 訪問看護ST塚原	佐久市中込1-17-8 佐久市塚原1894-1
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接	くろさわ病院 さなだクリニック	佐久市中込1-17-8 上田市真田町長
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接	くろさわ病院 さなだクリニック	佐久市中込1-17-8 上田市真田町長
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接 併設・隣接 併設・隣接	中込デイサービス 宅幼老所のざわ 宅幼老所ながとろ	佐久市中込3-15-6 佐久市野沢219-17 佐久市長土呂203-1
			併設・隣接	通所機能訓練望月	佐久市協和126-3



介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	くろさわ病院	佐久市中込1-17-8
			併設・隣接	さなだクリニック	上田市真田町長
			併設・隣接	安寿苑	佐久市中込1-17-8
			併設・隣接	シルバーポートつかばら	佐久市塚原1894-1
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	安寿苑	佐久市中込1-17-8
			併設・隣接	サテライト老健なかごみ	佐久市中込3-15-6
			併設・隣接	シルバーポートつかばら	佐久市塚原1894-1
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		

<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	シルバーハウス塚原	佐久市塚原2228-3
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	中込地域包括支援センター	佐久市中込3-15-8

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接	安寿苑	佐久市中込1-17-8
			併設・隣接	サテライト老健なかごみ	佐久市中込3-15-6
			併設・隣接	シルバーポートつかばら	佐久市塚原1894-1
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		

<介護予防・日常生活支援総合事業>

訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	ヘルパースT中込	佐久市中込3-15-6
			併設・隣接	ヘルパースT長土呂	佐久市長土呂203-1
			併設・隣接	ヘルパースT望月	佐久市協和126-3
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	健康運動センター	佐久市中込3-19-8
			併設・隣接	つかばら健康クラブ	佐久市塚原1894-1
			併設・隣接	さなだクリニック	上田市真田町長
			併設・隣接	中込テイクサービス	佐久市中込3-15-6
			併設・隣接	宅幼老所のぞわ	佐久市野沢219-17
			併設・隣接	宅幼老所ながとろ	佐久市長土呂203-1
			併設・隣接	通所機能訓練望月	佐久市協和126-3
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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		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費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）										あり		なし
介護サービス														
食事介助	なし	あり	なし	あり				○	500円	1回当	介護保険適用の方は制度優先			
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				○	500円	1回当	介護保険適用の方は制度優先			
おむつ代			なし	あり				○			実費 自己負担			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				○	500円	1回当	介護保険適用の方は制度優先			
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				○	500円	1回当	介護保険適用の方は制度優先			
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				○	315円	1回当				
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		○	315円	週1回まで包含、週2回目から都度				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				○	315円	1回当				
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				○			施設提携業者が実施 有料			
買い物代行	なし	あり	なし	あり				○	1,000円	1回当（利用者・家族が行えない場合）				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				○	2,000円	30分当（利用者・家族が行えない場合）				
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										
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				○						
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										

※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、月額の利用料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。