

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 4 年 月 日
記入者名	渡辺 恭司
所属・職名	管理者

### 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) えぬえすらいふかぶしがいしゃ NS ライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒105-0012 東京都港区芝大門二丁目 5 番 5 号	
連絡先	電話番号	03-5776-0720
	FAX 番号	03-5776-0712
	ホームページアドレス	<a href="https://liendefamille.jp/">https://liendefamille.jp/</a>
代表者	氏名	長谷川 万晃
	職名	代表取締役
設立年月日	平成・(令和) 1 年 1 2 月 1 1 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) りやんどふぁみーゆ リヤンドファミリーユ	
所在地	〒426-0034 藤枝市駅前一丁目8番11号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 藤枝駅
	交通手段と所要時間	JR 東海道本線藤枝駅下車、徒歩1分
連絡先	電話番号	054-631-5552
	FAX 番号	054-631-5598
	ホームページアドレス	<a href="https://liendefamille.jp/">https://liendefamille.jp/</a>
管理者	氏名	渡辺 恭司
	職名	管理者
建物の竣工日		平成30年1月31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年2月14日

### (類型)【表示事項】

<ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>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)</li> <li>3 住宅型</li> <li>4 健康型</li> </ol>		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	2275301840
	指定した自治体名	静岡県
	事業所の指定日	令和2年2月14日
	指定の更新日 (直近)	令和8年2月13日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	2,240.15㎡		
	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	6,800.73㎡	

		うち、老人ホーム部分	2,683.6㎡			
	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 ( 年 月 日～ 年 月 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 <del>無</del>	有 <del>無</del>	18.00㎡	54	介護居室個室
	タイプ2	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	18.70㎡	4	介護居室個室
	タイプ3	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	19.85㎡	4	介護居室個室
タイプ4	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	20.13㎡	4	介護居室個室	
タイプ5	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	27.00㎡	2	介護居室個室	
タイプ6	有 <del>無</del>	有 <del>無</del>	36.00㎡	2	介護居室個室	

※「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 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	5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	2ヶ所	チェアー浴	2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	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	介護・医療・予防・住まい・生活支援の観点から ご入居者個々の「人生の生きがい・目的」を見出すような質の高い生活支援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	介護・生活・健康管理など、きめ細やかなサービスと科学的根拠に基づいたリハビリを提供します。
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	入居継続支援加算 (Ⅱ)	あり
	生活機能向上連携加算	なし
	個別機能訓練加算 (Ⅰ)	あり
	夜間看護体制加算	あり
	若年性認知症入居者受入加算	なし
	医療機関連携加算	あり
	口腔衛生管理体制加算	あり
	栄養スクリーニング加算	なし
	退院・退所時連携加算	あり
	看取り介護加算 (Ⅱ)	あり
	認知症専門ケア加算	なし
	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	要介護者：なし 要支援者：あり
	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	あり
	介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)	あり
科学的介護推進体制加算	あり	
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)

協力医療機関①	名称	コミュニティーホスピタル甲賀病
	住所	焼津市大覚寺二丁目 30 番地の 1
	診療科目	内科・消化器内科・循環器内科・外科・整形外科他
	協力内容	通院治療、入院治療、緊急時の受入、訪問診療の実施
協力医療機関②	名称	藤枝駅前クリニック
	住所	藤枝市駅前一丁目 8 番 3 号
	診療科目	内科、専門外来、整形外科、ペインクリニック、リハビリテーション
	協力内容	健康診断、訪問診療等
協力歯科医療機関①	名称	池谷歯科医院
	住所	藤枝市駅前一丁目 13 番 23 号
	協力内容	歯科並びに口腔ケアの指導
協力歯科医療機関②	名称	れんげじ歯科クリニック
	住所	藤枝市若王子三丁目 1 番 1 号
	協力内容	訪問診療、歯科健診

(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 (居室間の移動)	
判断基準と手続きの内容	心身の状態変化等に伴い、より快適な介護を提供するために必要と判断する場合、医師に意見を参考に、ご入居者の同意を得て、身元引受人とご相談のうえ、居室を変更していただくことがあります。	
追加的費用の有無	1 あり 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 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 (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	入居対象者は連帯保証人（連帯保証の極度額については入居契約書頭書（2）に記載）及び身元保証人を選定。身元保証人を選定できない場合は成年後見人、任意後見人、後見人補助、後見人補佐のいずれかを選定する。	
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>・入居者が入居契約書第30条に基づき解約を行ったとき</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>&lt;入居契約書第29条に記載&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居したとき</li> <li>・月払いの利用料その他の支払いを不当な理由なく、合計6か月遅滞するとき</li> <li>・禁止または制限される行為の規定に違反したとき</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の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</li> <li>・その他入居契約書に規定する義務を入居者が履行しなかったとき</li> </ul>
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	① あり 内容：1泊2日 3,800円（税込 食事代込） 2 なし	
入居定員	70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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員		28	7	33.5
介護職員	27	22	5	26.0
看護職員	5	3	2	4.5
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員	7	4	3	5.5
事務員	1	1		1.0
その他職員	1		1	0.5
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	20	17	3
実務者研修の修了者	3	3	0
初任者研修の修了者	4	2	2
介護支援専門員	1	1	0

(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		
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 ( 17 時～ 9 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	4 人	4 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*	2.5 : 1 以上
	【表示事項】 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)	2.2 : 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、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		3	0	2	0	0	0	0	0	1	0
前年度1年間の退職者数		1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
応じた職員 の人数	業務に従事した経験年数に	1年未満	0		2	2	0	0	0	0	0
		1年以上 3年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	1
		3年以上 5年未満	1	0	2	0	0	0	0	0	1
		5年以上 10年未満	2	0	4	1	1	0	1	0	0
		10年以上	3	2	8	5	0	0	0	0	0
	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】	利用権方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	選択方式 ※該当する方式を全て選択	一部前払い・一部月払い方式 (以下、入居金方式と呼びます) 月払い方式 (以下、月払い方式と呼びます)
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	介護保険給付費：日割り計算で減額 食材費：1食単位で減額 上記以外の利用料：減額無し	
利用料金の改定手続き	1.改定に際して、ホーム所在地の自治体が発表する消費者物価指数、人件費等、関連法令等の改正及び運営懇談会の意見を勘案するものとしします。 2.改定に際して、ホームはお客様及び身元引受人に対して、事前に通知するものとしします。	

### (利用料金の代表的なプラン)

		月払い方式	入居金方式	
入居者の状況	要介護度	2	2	
	年齢	86歳	86歳	
居室の状況	床面積	18㎡	18㎡	
	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	5,695,500円	
	敷金	－円	－円	
月額費用の合計		260,303円	185,303円	
家賃		100,000円	25,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	19,743円	19,743円	
	介護保険外 <sup>※</sup>	食費	65,760円	65,760円
		管理費	63,800円	63,800円
		介護費用		
		光熱水費	11,000円	11,000円
その他	都度払いサービス有り	都度払いサービス有り		

※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）

※3 食費は1日3食×30日間分の場合。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	<p>【家賃相当額・入居金】 居室及び共用施設等の家賃相当額です。目的施設の整備に要した費用（開発費・土地代・建設費等）・修繕費・借入利息、管理事務費、租税公課、保険料等を基礎とし、近隣相場を勘案し設定しています。</p>
敷金	なし
前払金	<p>【入居金】 ・入居金は居室および共用施設の家賃相当額です。 ※面積や眺望等により、家賃相当額が異なる居室が設定されています。 ※表中の金額は利用開始日における利用者の満年齢が75歳以上の場合に適用される標準入居金額です。なお満年齢が75歳未満の方は月払い方式のみ選択が可能です（入居金方式は選択できません）。 &lt;入居金の算定方法&gt; 入居金は、以下の算式に則って算定しています。 ‘①入居金（家賃前払額）＝ ②1か月分の家賃のうち前払をする金額（75,000円）×③想定居住期間※1＋④想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額※2 ※1 想定居住期間は60か月（5年間）と設定しています。 ※2 想定入居期間を超えて入居が継続している場合に必要の家賃相当額として算定し、標準入居金額の約20.99%（20.990255%）としています。  入居金方式契約の場合 ‘①5,695,500円 ‘② 75,000円 ‘④1,195,500円</p>
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まれていません。
管理費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常経費（シャンプー・ボディーソープ・蛍光灯・寝具リース・廃棄物処理費 他）</li> <li>・その他施設における設備備品の管理費等</li> <li>・建物管理費</li> <li>・生活支援サービスの人件費・事務費</li> </ul>
食費	<p>日額・・・朝：432円 昼：880円 夜880円（税込） なお、1食単位で欠食の届けをすることができます。所定の期限までに欠食の届けをされた分は、料金をいただきません。</p>
光熱水費	居室の電気・水道に係る費用相当額です。
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	

(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	要介護度に応じて、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担いただきます。
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	老人福祉法令等に基づき、全国有料老人ホーム協会の試算プログラムにより算定	
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）	1,195,500円 ※Aタイプ 入居金方式契約の場合	
初期償却率	約20.99% (20.990255%) ※標準入居金の場合	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居一時金 - (入居一時金 - 初期償却額) ÷ 想定居住月数 ÷ 30日 × (入居日から契約終了日までの日数)</li> <li>初期償却費用については無利息で全額返還する。</li> <li>※月額利用料については日割り計算で受領します。</li> </ul>
	入居後3月を超えた契約終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>(入居一時金 - 初期償却額) × (契約終了日から想定居住期間満了日までの日数) ÷ (入居日の翌日から想定居住期間満了日までの日数)</li> </ul>
前払金の保全先	公益社団法人全国有料老人ホーム協会	



## 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	25人
	女性	42人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	7人
	75歳以上85歳未満	22人
	85歳以上	38人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	6人
	要介護1	17人
	要介護2	12人
	要介護3	11人
	要介護4	12人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	29人
	6ヶ月以上1年未満	14人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	-人
	10年以上15年未満	-人
	15年以上	-人

### (入居者の属性)

平均年齢	88.1歳
入居者数の合計	67人
入居率*	95.7%
※ 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	5人
	死亡者	8人
	その他	2人
生前解約の状況	施設側の申し出	(該当なし) 人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例) 医療必要度が高くなり、病院での受療が必要となった為等。

**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	リヤンドファミリーユ お客様窓口	藤枝市 福祉政策課	静岡県 国民健康保険 団体連合会	公益社団法人 全国有料老人 ホーム協会
電話番号	054-631-5552	054-643-3148	054-253-5590	03-3548-1077
対応している時間	平日	9:00~17:00	8:30~17:15	10:00~17:00
	土曜	9:00~17:00	—	—
	日曜・祝日	9:00~17:00	—	—
定休日	—	土・日・祝 年末年始	土・日・祝 年末年始	火・木・土・日 祝・年末年始

(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)
	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)
	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	
		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	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 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: リヤンドファミリー サービス付き高齢者向け住宅)	
	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	1 あり ② なし	
住宅の登録		
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		

## 11. 重要事項説明書の情報開示

重要事項説明書の情報開示	① あり 2 なし ( 玄関に掲示 )
--------------	---------------------

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 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	リヤンドファミリーユ	藤枝市駅前一丁目8番11号
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	リヤンドファミリーユ	藤枝市駅前一丁目8番11号
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	リヤンドファミリーユ	藤枝市駅前一丁目8番11号
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	リヤンドファミリーユ	藤枝市駅前一丁目8番11号
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	リヤンドファミリーユ	藤枝市駅前一丁目8番11号
＜居宅介護予防サービス＞				
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	リヤンドファミリーユ	藤枝市駅前一丁目8番11号
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	リヤンドファミリーユ	藤枝市駅前一丁目8番11号
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	リヤンドファミリーユ	藤枝市駅前一丁目8番11号
＜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		
介護医療院	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	
	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）		備考	
			包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
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		
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		実費負担※30分毎 550円(税込)
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり		
リネン交換	なし	あり	なし	あり		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		実費負担※1回 330円(税込)
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		実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		実費負担※1回 550円(税込)
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		介護保険に係る手続き以外は別途、実費負担
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		実費負担 年1回実施
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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。