

重要事項説明書

記入年月日	2025年12月1日
記入者名	池田 崇子
所属・職名	ホーム長

1. 事業主体概要

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) みもざかぶしきがいしゃ ミモザ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒140-0004 東京都品川区南品川二丁目2番5号	
連絡先	電話番号	03-5796-0630
	FAX番号	03-5796-0631
	ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp/
代表者	氏名	清水 亨
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <u>平成</u> 11年 8月 27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) みもざかわごえやまぶきえんあんだるしあ ミモザ川越やまぶき苑アンダルシア	
所在地	〒350-1101 埼玉県川越市大字的場 2464 番地 88	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 霞ヶ関駅 JR 川越線 的場駅
	交通手段と所要時間	東武東上線「霞ヶ関駅」より徒歩8分 JR 川越線「的場駅」より徒歩13分
連絡先	電話番号	049-239-3677
	FAX番号	049-239-3678

	ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp/
管理者	氏名	池田 崇子
	職名	ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成 28年 9月 14日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 28年 11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）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	971.25 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
建物	延床面積	全体	993.94 m ²
		うち、老人ホーム部分	993.94 m ²
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成 28 年 9 月 28 日～平成 58 年 9 月 30 日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 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	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.01 m ²	7	一般居室個室
	タイプ 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.91 m ²	2	一般居室個室
	タイプ 3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.87 m ²	1	一般居室個室
	タイプ 4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.73 m ²	20	一般居室個室
	タイプ 5	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 6	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ 7	有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	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。						
共用施設等	共用便所における便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			その他（ ）		ヶ所	
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり 2 なし				
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> あり 2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 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	介護事業者として、お元気な方から、介護の必要な方まで、その人らしい自由度の高い暮らしを支援するとともに、地域に根差した温かい住まいを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	「いつまでも健康美（うつく）しく」「暮らしに文化を」「食の楽しみを」をテーマに、日々の暮らしがゆしみのある充実したものになるよう様々なイベントをご提供いたします。
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	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 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（緊急時連絡先への状況説明）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 埼玉病院
		住所	川越市小仙波町 1-8-3
		診療科目	内科、呼吸器科、循環器内科、心療内科他
		協力内容	診断治療等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
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 type="checkbox"/> 3 その他（ ）		
判断基準の内容				
手続きの内容				
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p>次の①または②に該当するものである</p> <p>①単身高齢者世帯</p> <p>②高齢者＋同居者（配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事等が認める者）</p> <p>（「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）</p>	
契約の解除の内容	入居契約書第16条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>1. 事業者は、入居者の行動が他の居住者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続する事が社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除する事が出来ます。</p> <p>2. 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。</p> <p>①一定の観察期間をおくこと。</p> <p>②主治医及び生活支援サービススタッフ等の意見を聴くこと。</p> <p>③契約解除の告知に先立ち、入居者本人の意思を確認すること。</p> <p>3. 事業者は入居者が正当な理由なく事業者を支払うべきサービス利用料を3ヶ月以上滞納した場合において入居者に対し、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払がないときは、この契約を解除することがあります。</p>
	解約予告期間	30日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容： 1泊2日 11,000円（食費、消費税込） 期間は14日間を限度とします）	
	2 なし	

入居定員	30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（施設長）	1	1		生活相談員兼務
生活相談員（コンシェルジュ）	4	3	1	管理者兼務
直接処遇職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3	0	3	
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				
※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	3	3	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
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			

(夜勤を行う人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～翌 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
夜勤者	1 人	1 人
介護職員	人	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 (ホーム長)		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 (コンシェルジュ)		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							1				
前年度1年間の退職者数											
応じた業務に従事した経験年数に 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					3					
	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 【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 共益費は不在期間が30日以上の場合に限り、50%減額します。
利用料金の改定	条件	<ul style="list-style-type: none"> ・土地又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 ・地又は建物の価格の上昇又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 ・近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合 ・本物件、附属施設・設備又は本物件の敷地に改良を施した場合
	手続き	運営懇談会を開催し意見を聞き、料金を改定する。

(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		歳		歳		
居室の状況	床面積		㎡		㎡		
	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		0 円		
	敷金		180,000 円		190,000 円		
	ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の前払金		0 円		0 円		
	ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の敷金		153,000 円		161,500 円		
月額費用の合計			219,700 円		224,700 円		
ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の月額費用の合計※1			202,825 円		207,075 円		
サービス費用	家賃		90,000 円		95,000 円		
	ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の適用賃料※3		76,500 円		80,750 円		
	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用		円		円	
		食費		55,500 円		55,500 円	
		共益費（上下水道費含む）		22,500 円		22,500 円	
		ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の適用共益費※3		19,125 円		19,125 円	
		光熱費		個別メーターにより精算		個別メーターにより精算	
	生活支援サービス費		51,700 円		51,700 円		

		介護費用	円	円
		その他	円	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> <p>※3 各々の関係性が2親等以内（入居資格は本規程「4. 入居者の資格」に準拠します）の場合、各々の入居者に適用される料金となります。</p> <p>※4 1ヵ月に満たない期間の賃料及び共益費は、1ヵ月を30日として日割り計算した額とします。</p>				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	家賃の 2ヶ月分
共益費（上下水道費含む）	共用施設整備費、エレベーター維持費、環境植栽整備費などの共用部分の維持管理費です。
光熱費	個別メーターにより精算
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。
生活支援サービス費	緊急通報装置等緊急連絡対応・安否確認・フロントサービス等に係る生活支援サービス提供職員の人件費
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
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	
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	

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	6 人
	女性	22 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	23 人
要介護度別	自立	3 人
	要支援 1	人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	11 人
	要介護 2	8 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	1 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	6 人
	1 年以上 5 年未満	16 人
	5 年以上 10 年未満	5 人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性) 5

平均年齢	90 歳
入居者数の合計	30 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) ※2024. 4-2025. 3

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	4 人
	医療機関	0 人
	死亡者	0 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	5 人
		(解約事由の例) ・ 施設への住み替え ・ 入居には時期が早いとご自身で判断された

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		川越市役所 福祉部 高齢者生きがい課
電話番号		049-224-5809
対応している時間	平日	8 : 30～17 : 15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日

窓口の名称		ミモザ川越やまぶき苑アンダルシア
電話番号		049-239-3677
対応している時間	平日	9 : 00～17 : 00
	土曜	9 : 00～17 : 00
	日曜・祝日	9 : 00～17 : 00

定休日	無し
-----	----

窓口の名称		ミモザ株式会社 本社 お客様相談室
電話番号		03-6712-8110
対応している時間	月曜～金曜	8：30～17：30
	土曜	留守番電話対応
	日曜	留守番電話対応
定休日		土曜日・日曜日

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	意見箱通年設置 都度対応	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	2 なし			
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" 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 checked="" 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

	2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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 :) <input 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 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 type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	なし	
不適合事項がある場合の内 容		

添付書類：別添１（別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	ミモザヘルパーステーション川越	川越市大字的場2466-16
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		
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		
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	ミモザ川越清水 ミモザ川越石原	川越市清水町9-7 川越市石原町2-30-1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ミモザ川越清水 ミモザ川越石原	川越市清水町9-7 川越市石原町2-30-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	ミモザ川越	川越市大字的場2464-2
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		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ミモザヘルパーステーション川越	川越市大字的場2466-16
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	ミモザ川越やまぶき苑	川越市大字的場2466-16
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		
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	ミモザ川越	川越市清水町9-7

			清水 ミモザ川越 石原	川越市石原町2-30-1
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ミモザ川越 やまぶき苑	川越市大字的場2466-16
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ミモザ川越 清水 ミモザ川越 石原	川越市清水町9-7 川越市石原町2-30-1
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		

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）		包含※2	都度※2	料金(税込)※3	備 考
介護サービス								
食事介助・排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		月	330 円／5 分以内～	サービス内容は管理規程をご覧ください。
おむつ代	なし	あり	なし	あり		月	330 円／5 分以内～	サービス内容は管理規程をご覧ください。
入浴（一般浴）介助・清拭・特浴介助			なし	あり		月	330 円／5 分以内～	サービス内容は管理規程をご覧ください。
身辺介助（移動・着替え・通院・散歩・買い物）	なし	あり	なし	あり		月	330 円／5 分以内～	サービス内容は管理規程をご覧ください。
服薬確認介助・通院介助	なし	あり	なし	あり		月	330 円／5 分以内～	サービス内容は管理規程をご覧ください。
起床支援サービス	なし	あり	なし	あり		月	13,200 円/5 分以内	サービス内容は管理規程をご覧ください。
就寝支援サービス	なし	あり	なし	あり		月	13,200 円/5 分以内	サービス内容は管理規程をご覧ください。
生活サービス								
居室清掃 ・ 日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		月	165 円／5 分以内～	サービス内容は管理規程をご覧ください。
リネン貸出	なし	あり	なし	あり		月	41 円/1 日	サービス内容は管理規程をご覧ください。
居室配膳・下膳（セット）	なし	あり	なし	あり		月	495 円/1 回	サービス内容は管理規程をご覧ください。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			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	なし	あり	なし	あり		月	165 円／5 分以内～	サービス内容は管理規程をご覧ください。
救急車添乗	なし	あり	なし	あり		月	2,200 円/1 時間	サービス内容は管理規程をご覧ください。
夜間特別点検サービス(A)	なし	あり	なし	あり		月	6,600 円/月	サービス内容は管理規程をご覧ください。
夜間特別点検サービス(B)	なし	あり	なし	あり		月	13,200 円/月	サービス内容は管理規程をご覧ください。
金銭管理	なし	あり	なし	あり		月	6,600 円/月	サービス内容は管理規程をご覧ください。
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				
服薬管理	なし	あり	なし	あり		月	6,600 円/月	サービス内容は管理規程をご覧ください。
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		月	165 円／5 分以内	サービス内容は管理規程をご覧ください。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		月	165 円／5 分以内	サービス内容は管理規程をご覧ください。
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。