

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	川上 瞳
所属・職名	施設長

※ 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	営利法人（株式会社）
名称	(ふりがな) <small>ふようしょうじ</small> 芙蓉商事 <small>かぶしきがいしゃ</small> 株式会社	
主たる事務所の所在地	〒292-0009千葉県木更津市金田東四丁目11番地1	
連絡先	電話番号	0438-97-6677
	FAX番号	0438-97-6688
	ホームページアドレス	https://www.habitation.co.jp/kamagaya/
代表者	氏名	井坂 奨吾
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和46年12月6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) <small>あびたしおん</small> かまがや 有料老人ホームアビタシオン鎌ヶ谷	
所在地	〒273-0107 千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3	
主な利用交通手段	最寄駅	新京成線・東武アーバンパークライン・北総線新鎌ヶ谷駅
	交通手段と所要時間	新鎌ヶ谷駅から徒歩7分
連絡先	電話番号	047-442-4165
	FAX番号	047-446-6233

	ホームページアドレス	https://www.habitation.co.jp/kamagaya/
管理者	氏名	川上 瞳
	職名	施設長
建物の竣工日		平成18年1月31日
有料老人ホーム事業の開始日		令和2年8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	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	1995.920㎡	
	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 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和2年12月10日～令和22年12月10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	5117.910㎡
		うち、老人ホーム部分	2817.738㎡
	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 ※一部鉄筋コンクリート	
		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 (令和2年12月10日～令和22年12月10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	有/無	有/無	21.0㎡	60	一般居室個室	
共用施設	※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「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	ヶ所	うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個浴	6ヶ所	大浴場	0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	
			ストレッチャー浴	ヶ所	その他（ ）	ヶ所	
			食堂				
			1 <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						
1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし							
エレベーター							
1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応） 2 <input checked="" type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応） 3 <input type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない） 4 <input type="checkbox"/> なし							
消防用設備	消火器	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	自動火災報知	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	火災通報装置	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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>私達は、地域の人達と連携し、医療、福祉の充実に努めます。</p> <p>私達は、ご利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めます。</p> <p>私達は、より良いサービスが提供出来る様、日々研修に努めます。</p> <p>私達は、地域の文化と伝統を守り、人の和と心の豊かさを求めます。</p>
----------	---

サービスの提供内容に関する特色	併設の訪問介護事業所にて24時間体制にて対応。健康管理は訪問診療・歯科診療にて対応。				
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	
	看取り介護加算	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	
	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	
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	1	救急車の手配	
	2	入退院の付き添い	
	3	通院介助	
	4	その他 (訪問診療 医療・歯科の確保)	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団小羊会 船橋訪問クリニック
		住所	千葉県船橋市高根台3-15-5
		診療科目	内科・人口透析内科
		協力内容	外来受診・往診・緊急時の入院 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担

	2	名称	医療法人社団一心会 初富保健病院
		住所	千葉県鎌ケ谷市初富 1 1 4
		診療科目	内科、循環器内科、脳神経外科、脳神経内科、リハビリテーション科、整形外科、皮膚科、泌尿器科
		協力内容	診療時間帯の外来受診・入院 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	3	名称	医療法人沖縄徳洲会 鎌ケ谷総合病院
		住所	千葉県鎌ケ谷市初富 929-6
		診療科目	内科、消化器科、循環器科、腎臓内科、神経内科、外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科等
		協力内容	外来受診・緊急時の入院 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	4	名称	医療法人社団千葉白報会かまがや在宅診療所
		住所	千葉県鎌ケ谷市道野辺本町1-2-3飯田ビル 203 号室
		診療科目	内科、皮膚科、精神科、眼科
		協力内容	訪問診療、往診、緊急対応 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
協力歯科医療機関	名称	医療法人愛育会	
	住所	千葉県松戸市日暮1-5-8	
	協力内容	訪問歯科、緊急時の受け入れ ※医療費その他の費用は入居者の自己負担	

(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 (居室を移動する場合)	
判断基準の内容	管理規程に定める	
手続きの内容	管理規程に定める	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取り扱い	管理規程に定める	
前払い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	<p>・原則、入居時年齢が満65歳以上の方</p> <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の入居者に感染する疾病をお持ちでないこと。 ・入居後に当ホームの定める月額費用などを負担できること。 ・健康保険に加入されていること。 ・身元引受人をたてられること。（身元引受人がいない場合はご相談に応じます。） ・当ホームの運営主旨をご理解いただき、ご協力を約束できること。 ・その他、ホームが認めた方であること。 				
契約の解除の内容	① 入居者が逝去された場合 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	入居契約書第26条			
	解約予告期間	30日間			
入居者からの解約予告期間	30日間				
体験入居の内容	1	あり (内容：1泊2日食事付き5,500円(税込)／1人)			
	2	なし			
入居定員					60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）

令和5年7月1日時点

	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	17	8	9	
介護職員	15	7	8	
看護職員	2	1	1	
機能訓練指導員	2	1	1	
計画作成担当者	1		1	
栄養士				
調理員				
事務員	3	1	2	
その他職員	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	10	4	6
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4	2	2
介護支援専門員	1		1

(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	
看護師または准看護師	2	1	1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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30分～9時30分)		
	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	ホームの職員数	人

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)	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	看護師						
		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	0	1	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	1年以上	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	3年未満									
	3年以上	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	5年未満									
	5年以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	10年未満									
	10年以上	1	1	4	6	0	0	1	1	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】	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
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)の取り扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額(食費のみ。) 3 胃ろうや入院(3ヶ月以降)など、長期にわたり食

		事をとることができない場合に限り、請求しない (食費のみ)
利用料金の改定	条件	改定にあたっては、ホームが所在する自治体の消費者物価指数や人件費等を勘案し改定することがある。
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。

(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	自立～要介護	自立～要介護	
	年齢	65歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	21.0㎡	21.0㎡	
	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	5,600,000円(非課税)	
	敷金	420,000円(非課税)	—円	
月額費用の合計		207,810円	137,810円	
家賃		70,000円(非課税)	—円	
サービス費	特定施設入居者生活介護※1の費用	—円	—円	
	外※2 介護保険	食費	60,810円(税込)	60,810円(税込)
		管理費	77,000円(税込)	77,000円(税込)
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
		その他	管理規定に定める	管理規定に定める

※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 (非課税)	借地料、建設費、借入利息等を基準として、1室あたりの家賃を算出。家賃相当額を一時金で支払う場合は不要。
敷金 (非課税)	家賃の6ヶ月分。家賃相当額を一時金で支払う場合は不要。
介護費用 (非課税)	介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費 (標準税率)	事務管理費、生活サービスの人件費、各居室及び共用施設の維持管理費、水光熱費、寝具費
食費 (朝：軽減税率対象 夕昼その他：標準税率)	食材費及び人件費、調理費。喫食分を請求する。 朝食：432円(税込) 昼食：715円(税込) 夕食：770円(税込) おやつ：110円(税込) 朝食・昼食については軽減税率対象8%、夕食その他の飲食及び固定費相当については軽減税率対象外10%。
一時金 (非課税)	建物賃料、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。

光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス料	別添2
その他のサービス利用料	管理規定に定める

(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	(上掲)	
想定居住期間 (償却年月数)	5年(60か月)	
償却の開始日	入居日の翌日	
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)	入居一時金ごとに異なる	
初期償却率	25%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済みの一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。 算定方式 前払金×0.75 ÷ 償却期間の月数 ÷ 30 × 入居日から契約終了日までの日数 ※月払い利用料については日割精算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領する。
	入居後3月を超えた契約終了	一時金の75%を償却月数で均等償却し、この期間内に契約が終了した場合には、下記の算式に基づき無利息で返還する。期間終了後は、返還金はなくなるが、追加の入居金は不要。 返還金 = 入居一時金 × 75% × (契約終了日から償却期間満了日までの日数 / 償却期間の日数)
前払い金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	株式会社みずほ銀行
	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
（入居者の人数）

性別	男性	11人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	35人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	2人
	要支援2	8人
	要介護1	18人
	要介護2	7人
	要介護3	3人
	要介護4	3人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	15人
	6ヶ月以上1年未満	10人
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	7人
	15年以上	1人

（入居者の属性）

平均年齢	85.48歳
入居者数の合計	46人
入居率※	77%

※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	0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	6人
		(解約事由の例) 他の施設への転居1名、長期入院3名、特定(介護付フロア)への転室2名

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 1		有料老人ホームアビタシオン鎌ヶ谷 施設内苦情相談窓口 (責任者: 施設長)
電話番号		047-442-4165
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし
窓口の名称 2		千葉県健康福祉部 高齢者福祉課
電話番号		047-221-3020
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜日・日曜日・祝日 (年末年始)
窓口の名称 3		鎌ヶ谷市役所高齢者福祉係
電話番号		047-445-1375
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜日・日曜日・祝日 (年末年始)
窓口の名称 4		千葉県国民健康保険団体連合会苦情処理係
電話番号		043-254-7428
対応している時間	平日	9:00~12:00 13:00~17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜日・日曜日・祝日 (年末年始)
窓口の名称 5		鎌ヶ谷市役所 健康福祉部 高齢者支援課 介護保険係
電話番号		047-445-1380
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日		土曜日・日曜日・祝日 (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) 有料老人ホーム賠償責任保険
	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	1	あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく
	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	1	入居希望者に公開
	2	入居希望者に公布
	3	公開していない
管理規程	1	入居希望者に公開
	2	入居希望者に公布
	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	入居希望者に公布
	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	入居希望者に公布
	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	入居希望者に公布
	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2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	1	あり (平成 年 月 日登録)	
	2	なし	

ビス付き高齢者向け住宅の登録	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「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	
「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
千葉県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（別の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	アビタシオン鎌ヶ谷ヘルパーステーション	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
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	アビタシオン鎌ヶ谷デイサービスセンター	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
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	アビタシオン鎌ヶ谷ケアプランセンター	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	アビタシオン鎌ヶ谷ヘルパーステーション	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
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		
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	アビタシオン鎌ヶ谷デイサービスセンター	千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷4-12-3
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		
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		
<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	○	右記	330 円(税込)/10 分			
排泄介助・おむつ交換	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
おむつ代		なし	あり	○	右記	実費負担			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
特浴介助	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
身辺介助（移動・着替え等）	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
機能訓練	なし あり	なし	あり						
通院介助	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分+交通費実費			
生活サービス									
居室清掃	なし あり	なし	あり	○	右記	週 1 回管理費に含む、週 2 回以上 330 円(税込)/10 分			
リネン交換	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
日常の洗濯	なし あり	なし	あり	○	右記	委託業者対応・水洗い出来るもの、管理費に含む			
居室配膳・下膳	なし あり	なし	あり	○	右記	110 円(税込)/1 膳			
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	○	右記	110 円(税込)/1 回			
理美容師による理美容サービス		なし	あり	○	右記	実費負担			
買い物代行	なし あり	なし	あり	○	右記	※利用できる範囲を明確化すること			
役所手続代行	なし あり	なし	あり	○	右記				
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	○	右記	年 1 回、実費負担			
健康相談	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
生活指導・栄養指導	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
服薬支援	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分			
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	○	右記	330 円(税込)/10 分+交通費実費			
入院中の洗濯物交換・買い物	なし あり	なし	あり	○	右記	330 円(税込)/10 分+交通費実費			
入院中の見舞い訪問	なし あり	なし	あり	○	右記	週 1 回管理費に含む(協力医療機関に限る)			

※ 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。