

重要事項説明書

記入年月日	令和5年8月1日
記入者名	榎澤樹
所属・職名	ファミリークラブ あかね雲・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 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん しんわかい 社会福祉法人 信和会	
主たる事務所の所在地	〒297-0121 千葉県長生郡長南町長南 1980-2	
連絡先	電話番号	0475-40-5777
	FAX番号	0475-40-5225
	ホームページアドレス	http:// www.shinwakaigo.org/
代表者	氏名	杉田大樹
	職名	理事長
設立年月日	平成 16年 9月 1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) ふぁみりーくらぶ あかねぐも ファミリークラブ あかね雲
----	--

所在地	〒297-0067 千葉県茂原市国府関 1683-6	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 茂原駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・小港鉄道バスで乗車 15 分、原田団地停留所 所で下車、徒歩 2 分 ② 自動車利用の場合 ・圏央道「茂原長柄スマート IC」 1.5 km
連絡先	電話番号	0475-44-5920
	FAX番号	0475-44-5930
	ホームページアドレス	http:// www.shinwakaigo.org/
管理者	氏名	榎澤樹
	職名	施設長
建物の竣工日		令和 3年 3月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 3年 3月 15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	2,731 m ²	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1332.63 m ²
		うち、老人ホーム部分	1325.79 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	

		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<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	26.81 m ²	3	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.83 m ²	30	一般居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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	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	3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	3ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
リフト浴			2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	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	<p>ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の基本サービスを提供いたします。</p> <p>ご入居者が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。</p> <p>なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することができます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>1. 安心でき、活気のある生活環境を提供します。</p> <p>2. ご入居者様の希望に沿った生活環境を提供します。</p>
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	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

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	
	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	
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"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他（ 訪問看護、主治医への連絡・往診依頼 ）	
協力医療機関	1	名称	みんなのライフサポートクリニック大網
		住所	千葉県大網白里市駒込 780-1
		診療科目	内科
		協力内容	急変時対応、訪問診療 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	川崎病院
		住所	千葉県夷隅郡大多喜町泉水 674
		診療科目	内科、呼吸器科、外科、整形外科、リウマチ科など
		協力内容	急変時対応
協力歯科医療機関	名称	茂原デンタルクリニック	
	住所	千葉県茂原市法目 1280-1	
	協力内容	往診、義歯作成・調整・修理、口腔内の管理	

(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	1 一時介護室へ移る場合
----------------	--------------

※複数選択可		2 介護居室へ移る場合 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 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	入居要件：60歳以上の高齢者、あるいは要介護認定を受けた 60歳未満の方	
契約の解除の内容	<input type="checkbox"/> 1 入居者が逝去した場合 <input type="checkbox"/> 2 入居者から契約解除が行われた場合 <input type="checkbox"/> 3 事業者から契約解除が行われた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	事業者は、生活支援サービス契約書第11条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。 ①他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ②本契約を継続することが社会通念上、著しく困難な場合 ③入居者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、なお期間内に滞納額の全額の支払いがない場合
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容：自立・要支援 15,000円、要介護 1,2,3 6,000円、要介護 4,5 7,000円)	

	2 なし
入居定員	33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				
直接処遇職員	4	2	2	
介護職員	4	2	2	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		
調理員	4	3	1	
事務員	2	2		
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	2	2	
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	4	2	2
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 (19時30分 ~ 8時30分)		
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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			1							

採用者数											
前年度1年間の退職者数											
志した業務に従事した経験年数に 志した職員の人数	1年未満			1							
	1年以上 3年未満			1							
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上			2							
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	手続き	

(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	65歳	60歳
居室の状況	床面積	18.83 m ²	26.81 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無

	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	100,000 円	150,000 円
月額費用の合計		166,000 円	195,000 円
家賃		50,000 円	75,000 円
サービス費用	介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	0 円
		食費	57,000 円
		基本サービス費	33,000 円
		共益費（光熱水費等含む）	26,000 円
		その他	都度支払いサービス有
		都度支払いサービス有	

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	50,000 円（居室面積 18.83 m ² ） ・ 75,000 円（居室面積 26.81 m ² ）
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。
食費	57,000 円
共益費（光熱水費等含む）	26,000 円（居室面積 18.83 m ² ） ・ 30,000 円（居室面積 26.81 m ² ）
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	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	15人
	女性	16人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	15人
	85歳以上	15人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	4人
	要支援2	3人
	要介護1	9人
	要介護2	6人
	要介護3	5人
	要介護4	3人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	19人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

（入居者の属性）

平均年齢	84歳
入居者数の合計	31人

入居率※	94%
※ 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	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)

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)

窓口の名称	ファミリークラブあかね雲 苦情相談受付窓口	
電話番号	0475-44-5920	
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	なし	

窓口の名称	社会福祉法人信和会 苦情受付窓口	
電話番号	0475-40-5777	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	祝日	9:00~17:00
定休日	日、年末年始	

窓口の名称	千葉県健康福祉部高齢者福祉課	
電話番号	043-223-2350	
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、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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社の「ウォームハート (介護事業者向け賠償責任保険)」に加入して おり、サービス提供上の事故により入居者様の 生命及び財産等に損害が発生した場合、不可抗 力による場合を除き賠償される。
	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	<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	令和3年3月より運用
		結果の開示	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	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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	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	<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 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 type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 数回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (令和 年 月 日届出) <input type="checkbox"/> 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 (令和 2 年 8 月 6 日登録) <input type="checkbox"/> 2 なし	
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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (平成 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)	
合致しない事項がある場合の内容		
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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)

令和 年 月 日

サービス付き高齢者向け住宅の入居にあたり、入居者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 社会福祉法人信和会
ファミリークラブあかね雲

説明者氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者からサービス付き高齢者向け住宅について重要事項の説明を受けました。

入居者

入居者代理人

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

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	ヘルパーステーション あかね雲	千葉県茂原市国府関1683番6
			ヘルパーステーション ひと結び	千葉県市原市喜多823-1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション あかね雲	千葉県茂原市国府関1683番6
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	デイサービスセンター 上埴生の郷	千葉県長生郡長南町 長南1980-2
			デイサービスセンター あかね雲	千葉県茂原市国府関1683番7
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	巡回ステーションひと 結び	千葉県市原市喜多823-1
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	グループホーム上埴生 の郷	千葉県長生郡長南町 長南1980-2
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	グループホーム上埴生 の郷	千葉県長生郡長南町 長南1980-2
			グループホーム紅ばな	千葉県長生郡長南町 長南1979-1
			グループホームあかね 雲	千葉県茂原市茂原541-17
			グループホーム風鈴花	千葉県夷隅郡大多喜 町横山1032-1
			グループホーム風鈴花 おおたき	千葉県夷隅郡大多喜 町横山1032-1
			グループホームひと結 び	千葉県市原市喜多823-1
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	居宅介護支援センター 上埴生の郷	千葉県長生郡長南町 長南1980-2
			居宅介護支援センター あかね雲	千葉県茂原市国府関1683-6

＜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	訪問看護ステーション あかね雲	千葉県茂原市国府関1 683-6
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		
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	グループホーム上埴生の郷	千葉県長生郡長南町 長南1980-2
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		
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）			都度※2	料金※3	備 考
	なし	あり	なし	あり	包含※2			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	500 円/回	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	500 円/回	
おむつ代			なし	あり		○		自己負担（備品によって料金異なる）
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	2000 円/回	週 2 回まで介護保険で提供し、希望により週 3 回を実費で提供
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		○	300 円/回	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1200 円/30 分	市内の医療機関の場合に適宜実施
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	10,000 円/月	日常生活支援パック（10 分程度の室内清掃と居室内のゴミ収集を 1 セットとし、週 2 回実施）
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		① ベッドメイキング 500 円/回 ② ベッドメイキングセット 700 円/回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		① 洗濯代行 500 円/回 ② 洗濯・掃除セット 900 円/回
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 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		○	4000 円/回	外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり			900 円/15 分	指定場所に限る
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			
金銭・貯金管理			なし	あり		○	11,000 円/月	
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	○			適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施（管理費、食費）
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	3300 回/月	

生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				適宜実施
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		市内の医療機関の場合に適宜実施
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	<input type="checkbox"/> なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input type="checkbox"/> 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。