

重要事項説明書

記入年月日	令和4年7月7日
記入者名	山内 邦子
所属・職名	シニアホームリブコースト一宮 ホーム長

1. 事業主体概要

種類	個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) (かぶ) ゆーピーあい 株式会社 ユーピーアイ	
主たる事務所の所在地	〒285-0014 千葉県佐倉市栄町19-5-105	
連絡先	電話番号	043-484-4033
	FAX番号	043-484-4066
	ホームページアドレス	http://www.upi.ne.jp/index.ktm
代表者	氏名	吉澤 匡伸
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 <input checked="" type="checkbox"/> 3年3月8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) しにあほーむりぶこーすといちのみや シニアホームリブコースト一宮
----	--

所在地	〒299-4303 千葉県長生郡一宮町東浪見 6989-3	
主な利用交通手段	最寄駅	① JR外房線「上総一宮」駅 ② JR外房線「東浪見」駅
	交通手段と所要時間	① 駅から車で5分 ② 駅から徒歩30分
連絡先	電話番号	0475-42-7706
	FAX番号	0475-42-7808
	ホームページアドレス	http://www.upi.ne.jp/index.htm
管理者	氏名	山内 邦子
	職名	ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成 53年6月30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 18年11月27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	5567,03 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			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	1 8 7 8, 8 9 m ² (地下1階付4階建)			
		うち、老人ホーム部分	1 8 0 8, 5 9 m ²			
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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】	1 全室個室				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
	最大	2 人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	Aタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	43.81 m ²	2	一般居室個室
Bタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	36.20 m ²	2	一般居室個室	
Cタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	29.59 m ²	4	一般居室個室 3・相部屋1	
Dタイプ	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	25.72 m ²	8	一般居室個室 7・相部屋1	
Eタイプ	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	14.84 m ²	1	一般居室個室	

Fタイプ	有/無	有/無	11.03 m ²	1	一般居室個室
Gタイプ	有/無	有/無	11.96 m ²	7	一般居室個室
Hタイプ	有/無	有/無	14.11 m ²	1	一般居室個室
Iタイプ	有/無	有/無	18.03 m ²	1	一般居室個室
Jタイプ	有/無	有/無	25.12 m ²	1	一般居室個室
Kタイプ	有/無	有/無	33.37 m ²	1	一般居室相部屋
Lタイプ	有/無	有/無	12.53 m ²	1	一般居室個室
Mタイプ	有/無	有/無	12.46 m ²	1	一般居室個室 相部屋1
Nタイプ	有/無	有/無	11.94 m ²	1	一般居室個室

※「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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	5ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	0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		
	防火管理者	1 あり 2 なし		

	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
その他	パッケージ型消火設備・らせん式滑り台設置	

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	株式会社ユービーアイ運営方針 ①生命の安全をまもる ②自立の支援 ③適時のサービス		
サービスの提供内容に関する特色	◆一人一人の尊厳を尊重し、安全かつ楽しく生 できるようお手伝いさせて頂く。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(II)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービス	1 あり	(介護・看護職員の配置率)	

の実施の有無		: 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 (訪問診療医の確保)
協力医療機関	1	名称	藤島クリニック
		住所	千葉県長生郡一宮町一宮 2446-1
		診療科目	内科、消化器内科、小児科
		協力内容	緊急時対応、定期往診 (週1回)、内服薬処方、予防接種の実施、他科受診紹介*医療費その他の費用は入居者の自己負担
	2	名称	もといハッピークリニック
		住所	千葉県長生郡長正村一松 2005-47
		診療科目	内科、小児科、外科
		協力内容	緊急時対応、定期往診 (週1回)、内服薬処方、予防接種の実施、他科受診紹介*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	一宮ナノデンタルクリニック	
	住所	0475-42-6070	
	診療科目	歯科	
	協力内容	定期往診 (週1回)、職員向けの口腔ケア研修等 *医療費その他の費用は入居者の自己負担	
協力眼科医療機関	名称	岡田眼科医院	
	住所	0475-42-3529	
	診療科目	眼科	
	協力内容	随時往診 (月1回)、定期検診、眼圧検査、点眼処方、医院にて白内障手術 *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（直接居室へ移る）	
判断基準の内容	*身体機能低下等で入居者、家族の申し出があった場合、空室より安全に生活できる居室を選択して頂く	
手続きの内容	① 居室内修復をして頂く ② 変更契約書を取り交わす	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行	
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	概ね60歳以上の方で、自立、若しくは要支援及び要介護の方であること	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 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	管理規定に違反した場合、等
	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：一日体験（昼食付）4000円、宿泊体験	

	(1泊2食付) 10,000円 *介護を要する場合は別途 *消費税別途 2 なし
入居定員	49人
その他	ご家族様の同室宿泊：2日間無料、3日目から1泊2000円 (食事代別途) *寝具レンタル代(一組) 1200円 *消費税別途

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
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	15	1	14	10
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				
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 10		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	8	1	7
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			

(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	2人 (16:00～10:00)	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)	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
--	-----------------------	--

合、本欄は省略可能)	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		<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし								
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> 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年間の採用者数					4						
前年度1年間の退職者数					8						
員の人数 業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満				3						
	1年以上 3年未満				7						
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満				5						
	10年以上			1							
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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 <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		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	施設が所在する自治体の消費者物価指数、諸般の状況により改定する ことがある	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く	

(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	要介護1	要介護5
	年齢	92歳	99歳
居室の状況	床面積	29.59㎡	25.72㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	300,000円	200,000円
月額費用の合計（家賃・食費・共益費を除き消費税別途）		145,000円	130,000円

家賃		55,000円	40,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	円	円	
	介護保険外※ ²	食費	55,000円	55,000円
		共益費	35,000円	35,000円
		介護費用	実費円	実費円
		居室電気代	実費円	実費円
その他（各種サービス）	実費円	実費円		

※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	居室の立地条件、居室環境の条件による
敷金	家賃の 5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。
共益費	共有施設の運営に関する費用（24時間管理体制・水光熱費・施設管理・清掃）・薬管理・洗濯・金銭管理・その他
食費	委託業者による
専用居室電気代	別途実費精算
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	リネン交換代 880円 /月（4回）

(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。	

	要介護4	8人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	14人
	5年以上10年未満	10人
	10年以上15年未満	3人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	83歳
入居者数の合計	32人
入居率※	65%
※ 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	1人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	3人
	死亡者	6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)・日常生活動作の改善により自宅へ1名・老人介護保険施設へ7名・入院生活継続により2名・死亡1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		シニアホームリブコースト一宮 受付担当：ホーム長 山内邦子
電話番号		0475-42-7706
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日、年末年始
窓口の名称		各市町村介護保険課 (別紙参照)
電話番号		
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日、年末年始
窓口の名称		千葉県国保連合会苦情相談窓口
電話番号		043-254-7409
対応している時間	平日	9:00~17:00
	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	1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社「介護事業者賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の身体・財物に損害が発生した場合、法律上の損害賠償責任を負担することに対し補償される。
	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	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2年11月4日 運営懇談会
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<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 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 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 checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 4 回
	2 なし	

	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし			
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】	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>あり (提携ホーム名：株式会社ユーピーアイ介護事業所 3 か所・社会福祉法人柚子の会事業所 4 か所)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	あり (提携ホーム名：株式会社ユーピーアイ介護事業所 3 か所・社会福祉法人柚子の会事業所 4 か所)	2	なし		
1	あり (提携ホーム名：株式会社ユーピーアイ介護事業所 3 か所・社会福祉法人柚子の会事業所 4 か所)						
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	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>あり (平成 18 年 11 月 27 日届出)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>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</td> </tr> </table>	1	あり (平成 18 年 11 月 27 日届出)	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
1	あり (平成 18 年 11 月 27 日届出)						
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	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>あり (平成 年 月 日登録)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>なし</td> </tr> </table>	1	あり (平成 年 月 日登録)	2	なし		
1	あり (平成 年 月 日登録)						
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	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>なし</td> </tr> </table> <p>(平成 18 年 6 月 20 日施行の設置運営指導指針を適用)</p>	1	あり	2	なし		
1	あり						
2	なし						
合致しない事項がある場合の内容	居室面積、廊下幅、必要な諸室・諸機能他基準を満たさないが、平成 18 年 6 月 20 日の施行の設置運営指導指針の特例措置を適用して届出を受理されている。						
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>適合している (代替措置)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>適合している (将来の改善計画)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>適合していない</td> </tr> </table>	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
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)

※利用者 _____ 様の入居に際し

※説明を受けた者 _____ 様（続柄 _____）

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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	佐倉ホームヘルプサービス・ホームケアリブコースト一宮	佐倉市栄町19-5-105 長生郡一宮町東浪見6989-3
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/>		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	デイサービスセンターリブコースト一宮	長生郡一宮町東浪見6989-3
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/>		
<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	<input type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	リブドミトリ愛・リブフォーレスト姉崎	佐倉市山崎190-17 市原市椎崎1374-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ケアプランサービス愛	佐倉市栄町19-5-105
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	佐倉ホームヘルプサービス・ホームケアリブコース	佐倉市栄町1 長生郡一宮町東浪見6989-3

			ト一宮	
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	デイサービス センターリブ コースト一宮	長生郡一宮町東浪見6989-3
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	リブドミトリ ー愛・リブフ ォーレスト姉 崎	佐倉市山崎190-17 市原市椎崎1374-1
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						1500 円/1 時間	消費税別	
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	介護保険適用外	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	介護保険適用外	
おむつ代			なし	あり		○	介護保険適用外	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	介護保険適用外	
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		○	介護保険適用外	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	介護保険適用外	
生活サービス						1500 円/1 時間	消費税別	
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	介護保険適用外	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	200 円/回 介護保険適用外（リネン代実費）	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		着衣のみ（大物洗濯別途）	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	200 円/回 介護保険適用外	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	特食はないが形態変更対応可	

お茶代（おやつ・安否確認含む）			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			1500 円/月	摂食可の方のみ
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			1300 円/回	外部からの訪問理容
買い物代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				介護保険適用外
役所手続き代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				適宜実施
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				預り金小口現金出納のみ
健康管理サービス							1500 円/1 時間	消費税別
健康維持管理（口腔ケア等）			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				毎日実施
健康相談	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				毎日実施（健康相談日誌記録）
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				適宜実施
服薬支援	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				毎日実施（1 日の個別服薬管理実施）
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				毎日実施
入退院時・入院中のサ-ビス							1500 円/1 時間	消費税別
移送サービス	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				介護車両・救急車依頼に付添
入退院時の同行移送サービス	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				適宜実施
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				適宜実施
入院中の医師説明等の対応	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				適宜実施

※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。