

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	藤原 藍
所属・職名	管理者

※ 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	株式会社
名称	(ふりがな) すた一つけあさーびすかぶしきがいしゃ スターツケアサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒134-0083 東京都江戸川区中葛西 3-37-4	
連絡先	電話番号	03-6880-3270
	FAX番号	03-6880-3260
	ホームページアドレス	http://www.starts.co.jp/s-careservice
代表者	氏名	磯崎 一雄
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 15年 7月 30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) うららしんうらやす うらら新浦安
----	----------------------------

所在地	〒279-0014 千葉県浦安市明海 2-12-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 京葉線 新浦安 駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・東京ベイシティ交通バスで乗車4分、 夢海の街停留所で下車、徒歩3分 ②自動車利用の場合 ・乗車5分
連絡先	電話番号	047-380-6800
	FAX番号	047-380-6807
	ホームページアドレス	http://www.starts.co.jp/s-careservice
管理者	氏名	藤原 藍
	職名	管理者・施設長
建物の竣工日		昭和・平成 29年 12月 26日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30年 3月 1日

【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1273201358
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 30年 3月 1日
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	6,088.46 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地			
抵当権の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
契約期間		<input type="checkbox"/> 1 あり (平成29年12月26日～令和30年2月29日) <input type="checkbox"/> 2 なし	
建物	延床面積	全体	6,242.29 m ²

		うち、老人ホーム部分	4,720.52 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	1 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 29 年 12 月 26 日～令和 30 年 2 月 29 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】	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*
	タイプ 1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	20 m ²	82	一般居室個室
	タイプ 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	40 m ²	4	一般居室相部屋
	タイプ 3	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ 4	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ 5	有 / 無	有 / 無	m ²		
	タイプ 6	有 / 無	有 / 無	m ²		
タイプ 7	有 / 無	有 / 無	m ²			
タイプ 8	有 / 無	有 / 無	m ²			
タイプ 9	有 / 無	有 / 無	m ²			
タイプ 10	有 / 無	有 / 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	7ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	7ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	7ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	6ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	0ヶ所			
		リフト浴	0ヶ所			

			ストレッチャー浴	2ヶ所
			その他 ()	0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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	エレベーター	1	あり (車椅子対応)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
その他	ラウンジ、健康管理室、リビング兼機能訓練スペース、相談室 食堂、キッチン、浴室、汚物処理室、洗濯室			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の自己決定による意志を尊重し、入居者個々人に合った支援とプライバシーが守られた、尊厳ある生活の場として、またユニット毎に共同生活を営む家庭的な雰囲気のある運営を行います。			
サービスの提供内容に関する特色	ご入居者の歴史 (History)、あなたらしさ (Humanity)、想い (Heartful) の3つのHによるパーソナルサポートを実施しています。			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	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	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	
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) 2 : 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	医療法人社団鳳和会 南行徳駅前クリニック
		住所	千葉県市川市相之川 4-5-8 南行徳メディカルスクエア 2階
		診療科目	内科・循環器内科・腎臓内科・消化器内科・皮膚科
		協力内容	往診月 2回、緊急時 24時間対応
	2	名称	医療法人社団さくらライフ さくらライフ市川クリニック
		住所	千葉県市川市市川 1-12-7 金定ビル 301
		診療科目	内科・心療内科・精神科
		協力内容	往診月 2回、緊急時 24時間対応
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 西葛西歯科室	
	住所	東京都江戸川区西葛西 6-16-4	
	協力内容	希望される入居者に対し定期的に訪問診療	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	入居者の状態変化に伴い、一定の観察期間を設けて医師の意見を聞く	
手続きの内容	① 訪問診療医の意見を聴く ② 概ね3ヶ月間の観察期間を置く ③ 本人及び身元引受人の同意を得る ④ 入居契約書の再締結	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (相部屋から個室への移動の場合)
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (相部屋から個室への移動の場合)
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (相部屋から個室への移動の場合)
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として65歳以上の方 ・8:00~20:00の間の医療ケアで生活が続けられる方 ・円満な共同生活を営める方 	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 (2人入居の場合はどちらも逝去した場合) 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	入居申込書に虚偽記載があったとき、月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく2ヶ月以上遅滞し料金を支払うよう催促したのにも関わらず30日以内に支払われない場合、入居者の行動が他の

		入居者また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できないときは 90 日以内の予告期間において契約を解除することができます。
	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"/> あり (1泊 16,200 円 1食 500~930 円 30泊 31日まで) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員		90 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				
介護職員	37	27	10	32.1
看護職員	5	3	2	4.2
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				
事務員	3	2	1	2.6
その他職員	1		1	0.7
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	13	7
実務者研修の修了者	3	3	
初任者研修の修了者	12	9	3
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	1	1	
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 (20時～ 7時)		
	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	2人以上	2人以上

(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	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
-------------------------------	-----------------------	---

(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)		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 : 1.15
※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	47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		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり							
	資格等の名称		社会福祉士							
			<input type="checkbox"/> 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	1		2	4						
前年度1年間の退職者数	1	1	2	3					1	
応じた業務に従事した経験年数に 職員の数	1年未満	1		2	2	1				
	1年以上	1	1	8	2					
	3年未満									
	3年以上		1	11	4					
	5年未満									
	5年以上	1		4	2	1		1		1
	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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input 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 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	施設が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、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	90歳	80歳	
居室の状況	床面積	20㎡	20㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	7,200,000円	600,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		222,517円	381,417円	
家賃		0円	150,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	19,517円	28,417円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	70,000円	70,000円
		管理費	133,000円	133,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0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	居室及び共用設備の利用料として周辺の家賃相場 (2,656 円/m ²) に準じて算定。一時金前納プランにおいては、前払金 (入居一時金) として受領
敷金	無
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	建物維持管理費と事務管理にかかる人件費及び備品、消耗品、日常生活での生活支援、光熱水費に充当
食費	朝食 500 円・昼食 900 円・夕食 933 円・間食 0 円 1 日あたり 2,333 円×30 日で積算 *キャンセルした場合の取り扱い: 2 日前までの申し出により食費はかかりません
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	基本報酬、加算の利用者負担分
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)	基準以上 (3:1→2:1) の看護職員及び介護職員を配置する人件費。一時金前納プランにおいては、前払金 (入居一時金) として受領
※ 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	老人福祉法令に基づき、全国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)	36~84 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)	1,800,000~4,200,000 円
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 下記の算式により返還金を算出する。 ・算定方法 入居一時金 - 【月額利用料 ÷ 30 日】 × 入居

	75歳以上 85歳未満	11人
	85歳以上	67人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	16人
	要支援2	14人
	要介護1	17人
	要介護2	12人
	要介護3	9人
	要介護4	3人
	要介護5	9人
入居期間別	6ヶ月未満	12人
	6ヶ月以上1年未満	6人
	1年以上5年未満	56人
	5年以上10年未満	7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	88歳
入居者数の合計	81人
入居率※	90.0%
※ 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	0人
	医療機関	1人
	死亡者	15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	2人
		(解約事由の例) 入院が必要となったため

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	うらら新浦安 施設長	
電話番号	047-380-6800	
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	9時00分～17時00分
	日曜・祝日	9時00分～17時00分
定休日	なし	

(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) 包括職業賠償責任保険 (損害保険ジャパン株式会社)
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	終日
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	令和3年8月26日
		評価機関名称	株式会社アミュレット
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<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 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 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 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:) 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 (平成 29 年 11 月 17 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	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	1 あり 2 なし (平成 27 年 7 月 1 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	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 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	ケアステーションきらら浦安	千葉県浦安市北栄2-18-18
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	うらら新浦安	千葉県浦安市明海2-12-1
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	小規模多機能きらら北栄	千葉県浦安市北栄2-18-18
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ケアステーションきらら新浦安	千葉県浦安市明海2-12-1
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	ケアステーションきらら新浦安	千葉県浦安市明海2-12-1
<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		
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	うらら新浦安	千葉県浦安市明海2-12-1
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	小規模多機能きらら北栄	千葉県浦安市北栄2-18-18
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ケアステーションきらら新浦安	千葉県浦安市明海2-12-1
介護予防支援	あり	なし		千葉県浦安市明海2-12-1
<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・サービスマン・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	特定施設入居者生活介護（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※3	備考
	なし	あり	なし	あり				
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								
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○			「消耗品購入に関する承諾書」参照 週4回目より2,200円/回（税込）
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○			同上
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	○			10分 385円（税込）
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			ケアプランにより週2回まで実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			ケアプランにより週3回まで実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			同上
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				ケアプランにより実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事								
おやつ								
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり				外部からの訪問理美容
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○			10分 385円（税込）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○			10分 385円（税込）
金銭・貯金管理								
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				年1回
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				10分 385円（税込）
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				10分 385円（税込）
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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に於いて、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。