

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 2023年7月1日 |
| 記入者名 | 鴨田泰英 |
| 所属・職名 | ハーベストガーデン |

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 | 有限会社 |
| 名称 | (ふりがな) ゆうげんがいしゃとーたる・さいどさぽーと 有限会社トータル・サイドサポート | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒270-1176 千葉県我孫子市柴崎台三丁目8番22号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 04-7157-0093 |
| | FAX番号 | 04-7157-0094 |
| | ホームページアドレス | https://www.tsspt.com/ |
| 代表者 | 氏名 | 鴨田 泰英 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 16年 4月 14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) はーべすとがーでん ハーベストガーデン | |
| 所在地 | 〒270-1112 千葉県我孫子市新木3154番13 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 新木駅 (成田線) |
| | 交通手段と所要時間 | 新木駅から約1.7km ①自動車利用の場合：約7分 ②徒歩の場合：約20分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 04-7157-0093 |
| | FAX番号 | 04-7157-0094 |

| | | |
|---------------|------------|---|
| | ホームページアドレス | 'http://www.tsspt.com/ http://www.tsspt.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 鴨田 泰英 (カモタ ヤスヒデ) |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成30年1月31日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成30年3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 | 1 6 5 2 . 9 0 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 2 なし | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 8 6 8 . 1 4 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 5 0 1 . 0 0 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 | 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 | | | | | | |
| | | 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 | 有/無 | 有/無 | 18.21 m ² | 20 | 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 | 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 | | 2ヶ所 | | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | | 2ヶ所 | | | |
| | | | 大浴場 | | 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 | 1 | あり | 2 | なし | | | |

| | |
|-----|-------------------|
| その他 | 洗濯室、脱衣所、談話室、鍵付き収納 |
|-----|-------------------|

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針 | 「ゆっくり」「のんびり」「たのしく」個別対応を重視することを基本理念としています。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者一人一人の要望に合わせて個別のサービス提供を行う。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input 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 type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 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（訪問診療・訪問介護の利用可） | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人AGRIE |
| | | 住所 | 茨城県つくばみらい市伊奈東 37-1 |
| | | 診療科目 | 内科（外科・整形外科他） |
| | | 協力内容 | 診療治療（受診または往診）、定期健康診断、医療相談 |
| | 2 | 名称 | 我孫子聖仁会病院 |
| | | 住所 | 千葉県我孫子市柴崎 1300 |
| | | 診療科目 | 内科・外科・循環器科他 |
| | | 協力内容 | 診療治療（受診または往診）、定期健康診断、医療相談 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 我孫子中央歯科室 | |
| | 住所 | 我孫子市我孫子 1-11-1 ラインサイドミヤザワ 3階 | |
| | 協力内容 | 訪問歯科診療 | |

(入居後に居室を住み替える場合)

| | | |
|--------------------------|--|----------------------|
| 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（本人又は家族の希望で居室の変更希望時） | |
| 判断基準の内容 | 希望の居室が空室であるか | |
| 手続きの内容 | ① 本人及び身元引受人の同意を得る ②入居契約書の再契約 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり（事務手数料 11,000 円(税込)など） 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) 当該建物の階数の違い |
| | 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 | 60歳以上または要支援・要介護の者 | |
| 契約の解除の内容 | 入居契約書第12条による | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第12条による |
| | 解約予告期間 | 3ヶ月 |
| 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：期間／1日～5日 料金：1日あたり4,500円（状況把握及び生活相談サービス費込・） 食事代：朝食486円、昼食702円、夕食702円（別途請求・税込） | |

| | |
|------|--------------------|
| | 2 なし |
| 入居定員 | 20人 |
| その他 | 身元引受人が設定できない場合は要相談 |

5. 職員体制

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--|-----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | | | |
| | 14 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 8 | 2 | 6 | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 5 | | 5 | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | 0 | | 0 | |
| 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 14 | | |
|-----------|-------|----|-----|
| | 9 | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 5 | 1 | 4 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 1 | |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 1 | 2 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | |

(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 (18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 | 1人 | 1人 |

(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 | | 社会福祉主事任用 | | | | | | | |
| | | | 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 | | | 2 | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | | | | | | | |
| | 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 | 6 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | |
|---------------|---|
| 従業者の健康診断の実施状況 | <input 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 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 type="checkbox"/> 3 月払い方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 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 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 | <input type="checkbox"/> 1 減額なし（家賃、共益費） | |
| | 2 日割り計算で減額 | |
| | | |
| | | |
| 利用料金の改定 | 条件 | 物価変動、人件費上昇により改定する場合がある。 |
| | 手続き | 協議の上、改定額を決定する。 |
| <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 14 日以上の場合に限り、日割り計算で減額（状況把握・生活相談サービス費） | | |

(利用料金のプラン)

| | | プラン 1 | |
|--------|------|---|--|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要介護 2 | |
| | 年齢 | 86歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 2F : 18.21 m ² | |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 洗面 | <input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |
| | 台所 | 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 | |

| | | | |
|--|---------------|--|-------------|
| | 収納 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | |
| | 敷金 | 108,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 152,500 円 (税込) | |
| | 家賃 | 54,000 円 | |
| | 共益費 | 19,800 円(税込) | |
| | 光熱水費 | 共益費に含む | |
| 費用サービス | 状況把握・生活相談サービス | 22,000 円(税込) | |
| | 食費 | 56,700 円(税込) | 3食 30日食した場合 |
| | その他 | 都度払いサービスあり | |
| <p>※サービス付き高齢者向け住宅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する介護費用は、本欄には記入していない） 特約 ※契約終了時（退居時）には、原状回復費用とは別に ハウスクリーニング費用及びエアコンクリーニング費用を入居者（契約者）の負担とする。</p> | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|---------------|--------------------------|
| 敷金 | 家賃の 2 ヶ月分 |
| 家賃 | 近隣の住宅から算出 |
| 共益費 | 共用施設、設備の維持費・管理費・修繕費・光熱水費 |
| 光熱水費 | 共益費に含む |
| 状況把握・生活相談サービス | 人件費 |
| 食費 | 厨房維持費・食材費・人件費 |
| その他 | 人件費・消耗品費 サービスの詳細は別添 2 |

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 | 7 人 |
| | 女性 | 12 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 0 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 0 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 6 人 |
| | 85 歳以上 | 13 人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 6人 |
| | 要介護2 | 6人 |
| | 要介護3 | 4人 |
| | 要介護4 | 2人 |
| | 要介護5 | 1人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 5人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 1人 |
| | 1年以上5年未満 | 13人 |
| | 5年以上10年未満 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 人 |
| | 15年以上 | 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|-------|
| 平均年齢 | 88.0歳 |
| 入居者数の合計 | 19人 |
| 入居率* | 95.0% |
| ※ 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 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 4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 | 4人 |

| | | |
|--|--|------------------------|
| | | (解約事由の例) ご家庭の事情 傷病の悪化他 |
|--|--|------------------------|

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 | | ハーベストガーデン相談窓口 |
| 電話番号 | | 04-7157-0093 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 休み |
| | 日曜・祝日 | 休み |
| 定休日 | | 土曜、日曜、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) 東京海上日動火災保険株式会社 |
| | <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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり | <input 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 | 運営推進会議開催時に実施する |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| <input type="checkbox"/> 2 なし | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input 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 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 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 |
| 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 | <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 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 2 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 checked="" 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 (平成 年 月 日届出) <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 29 年 4 月 21 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 checked="" 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 | なし |
| 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）

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"/> あり <input type="checkbox"/> なし | ハーベスト訪問介護ステーション | 〒270-1112 千葉県我孫子市新木3154番13 |
| 訪問入浴介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問看護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 通所介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 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"/> なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 地域密着型通所介護 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | デイサービス れもん | 〒270-1112 千葉県我孫子市新木3154番13 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | デイサービス おれんじ | 〒270-1128 千葉県我孫子市中峠台39-2 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | デイサービス あっぷる | 〒270-1121 千葉県我孫子市我孫子市中峠1604-40 |
| 居宅介護支援 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | あづま居宅介護支援事業所 | 〒270-1112 千葉県我孫子市新木3154番13 |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり <input type="checkbox"/> なし | | |

| | | | | |
|------------------|----|--------------------------|--|--|
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| <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 | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護予防支援 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護老人保健施設 | あり | <input type="checkbox"/> | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | <input type="checkbox"/> | | |

別添 2

サービス付き高齢者向け住宅が提供する自主サービスの一覧表

| 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 | | | | 備考 要予約（人員確保の為）あり | |
| | | | （利用者が全額負担） | 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 | | ○ | 1,100 円/30 分 | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 110 円/枚 | |
| パット代 | | | なし | あり | | ○ | 55 円/枚 | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | |
| 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 | | ○ | 1,100 円/30 分 | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助（病院送迎）片道 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | 市内に限る |
| 通院介助（院内介助） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | 市内に限る |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | 市内に限る |
| 歩行介助（見守） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 220 円/1 回 | 館内移動 |
| 車椅子移動介助（館内） | なし | あり | なし | あり | | ○ | 220 円/1 回 | 館内移動 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | |

| | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|----|-----------------------------|-----------------------------|---|---|--------------|-------------------------|
| リネン交換 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100 円/1 回 | |
| 日常の洗濯 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100 円/1 回 | |
| 洗濯機・乾燥機の使用 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 220 円/1 回 | |
| 居室配膳・下膳 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 110 円/1 回 | |
| 緊急コール | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 110 円/1 回 | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 変更食材実費分 | 応相談 |
| おやつ | | | <input type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 個人購入の簡易な家具等の組立 | | | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,650 円/1 回 | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 実費 | |
| 買い物代行・同行 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | 市内に限る |
| 役所手続き代行 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | 書類記入/届出等 |
| 外出支援 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | |
| 外部連絡（電話） | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 22 円/1 回 | |
| 軽微な生活援助 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | 110 円/1 回 | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | | 10,000 円程度出納帳管理 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | <input type="checkbox"/> あり | | ○ | | 年 1 回往診医による、実費分 |
| 健康相談 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input type="checkbox"/> あり | ○ | | | 状況把握及び生活相談サービスの対価に含みます。 |
| 生活指導・栄養指導 | <input type="checkbox"/> なし | あり | <input type="checkbox"/> なし | あり | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|----|-----------------------------|--|---|---|--------------|-------------------------|
| 服薬支援 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | ○ | | | 状況把握及び生活相談サービスの対価に含みます。 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | <input type="checkbox"/> なし | あり | <input type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | <input type="checkbox"/> なし | あり | <input type="checkbox"/> なし | あり | | | | |
| 入退院時の同行 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100 円/30 分 | 市内に限る |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | <input type="checkbox"/> なし | あり | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | ○ | 1,100 円/回 | |
| 入院中の見舞い訪問 | <input type="checkbox"/> 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。