

## 重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	加藤 直子
所属・職名	レイールファミリア 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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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) かぶしきがいしゃ ぷろろーぐ 株式会社 プロローグ	
主たる事務所の所在地	〒285-0811 千葉県佐倉市表町3丁目2番14号	
連絡先	電話番号	043-483-0411
	FAX番号	043-483-3420
	ホームページアドレス	<a href="http://www.prologue-ltd.jp/">http://www.prologue-ltd.jp/</a>
代表者	氏名	土岐 由香利
	職名	代表取締役
設立年月日	2004年 9月6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) れいーるふぁみりあ レイールファミリア		
所在地	〒285-0815 千葉県佐倉市城 681 番地 2 号		
主な利用交通手段	最寄駅	駅	
	交通手段と所要時間	駅から 2 km (徒歩約 25 分) JR 総武本線「佐倉」駅よりバス 10 分 バス停「城郵便局前」徒歩 3 分	
連絡先	電話番号	043-481-0177	
	FAX番号	043-481-0176	
	メール	Sptt5n89@eco.ocn.ne.jp	
	ホームページアドレス	<a href="http://www.prologue-ltd.jp/">http://www.prologue-ltd.jp/</a>	
管理者	氏名	加藤 直子	
	職名	施設長	
建物の竣工日		1993年	3月17日
有料老人ホーム事業の開始日		2009年	9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	千葉県 (市)	
	事業所の指定日	年	月 日
	指定の更新日 (直近)	年	月 日

### 3. 建物概要

土地	敷地面積	2,836.86 m <sup>2</sup>				
	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 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )				
		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	1,954.06 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1,831.06 m <sup>2</sup>			
	耐火構造	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 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				
		2 事業者が賃借する建物 ( 普通賃借 ・ 定期賃借 )				
		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			
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 <sup>※</sup>
タイプ1		有/無	有/無	14.9 m <sup>2</sup>	43	一般居室個室
タイプ2		有/無	有/無	14.58 m <sup>2</sup>	15	一般居室個室
タイプ3		有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ4		有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ5		有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			

	タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
	タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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	18ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		9ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		9ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		1ヶ所		
その他（ ）			ヶ所				
食堂	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利用 できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input 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 type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
緊急通報装 置等	居室	便所		浴室		その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 1 あり	
	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2	一部あり	<input type="checkbox"/> 2 一部あり	
<input type="checkbox"/> 3 なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3	なし	<input type="checkbox"/> 3 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	入居者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行います。
サービスの提供内容に関する特色	緑豊かな環境の中、四季折々の増加を楽しみながら散歩することができます。24時間体制でスタッフの見守りを行っていますので安心した生活が送れます。また、駐車場も完備しお車でのお越しの方にも便利な環境です。
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
	食事は1日3食とも召し上がらない場合のみ欠食扱いとなります。急な入院などの場合でも食材が発注されている分につきましては、お支払いをお願いしています。金曜日以降の欠食の場合、1週間ほどのお支払いが発生する可能性もありますので、ご了承下さい。
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

##### (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 ( )	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団愛信会 佐倉中央病院
		住所	千葉県佐倉市栄町 20-4
		診療科目	内科・整形外科・消化器科・内分泌科・脳神経外科・泌尿器科

		協力科目	内科・整形外科・消化器科・内分泌科・脳神経外科・泌尿器科		
		協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
		2	名称		
	住所				
	診療科目				
	協力科目				
	協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし		
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし		
	3	名称			
		住所			
		診療科目			
協力科目					
協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし			
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし			
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり				
	医療機関の名称	医療法人社団愛信会 佐倉中央病院			
	医療機関の住所	千葉県佐倉市栄町 20-4			
	2 なし				
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団陵栄会 佐倉デンタルクリニック			
	住所	千葉県佐倉市稲荷台 1-11-1 第8倉田ビル 1F			
	協力内容	訪問診療・緊急時対応 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)			

(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	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	自傷、他害がなく、他の入居者様にご迷惑をかけずに共同生活を営め、他の入居者様、「スタッフ」に暴力行為を行わない方。		
契約の解除の内容	① ご入居から逝去した場合 ② ご入居から入居契約の定めに従って契約解除する場合 ③ ご入居者様が入居契約に定める事業所からの契約解除の事項に違反した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	火器を使用した場合（喫煙含む） 自傷・他害があった場合 他者への暴力行為があった場合	
	解約予告期間	1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： ） <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	58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				
介護職員				
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	1	4	
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 <sup>*2</sup>				
※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	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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 ( 17 時 00 分～ 9 時 00 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	2人	2人

## 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	<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			
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	14.58㎡	14.9㎡	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	76,000円	82,000円	
月額費用の合計		131,500円	137,500円	
家賃		76,000円	82,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用		円	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 介護保険外 <sup>※</sup>	食費	55,500円	55,500円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費	(光熱費に含む)円	(光熱費に含む)円

	その他	円	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	近隣の家賃相場を勘案し算出（光熱費、事務管理費、共益費における維持、修繕費用含む）
敷金	家賃の 1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。
管理費	家賃に含む
食費	厨房維持費、食材費に基づく費用（喫食数による返金制度あり）
光熱水費	家賃に含む
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	

**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	16人
	女性	31人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	10人
	75歳以上 85歳未満	19人
	85歳以上	17人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	6人
	要介護2	8人
	要介護3	9人
	要介護4	15人
	要介護5	9人

入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	27人
	5年以上10年未満	8人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	人

**(入居者の属性)**

平均年齢	81歳
入居者数の合計	47人
入居率*	81%
※ 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	8人
	死亡者	4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) 社会福祉施設への転居・医療機関への長期入院	

**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		当ホーム苦情受付窓口
電話番号		043-481-0177
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	
定休日		日曜、祝日、年末年始

窓口の名称	千葉県健康福祉部高齢者福祉課施設福祉推進部	
電話番号	043-221-3020	
対応している時間	平日	9:00～17:00
	土曜	
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) 損保保険ジャパン日本興株式会社の「介護事業者総合賠償責任保険」に加入しております。
	<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) サービス提供上の事故により入居者の生命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よう対応します。
	<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	
		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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		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 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	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	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

## 10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 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		
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	担当者の配置	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	指針の整備	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと		
	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	災害に関する業務継続計画	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	従事者に対する周知の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な研修の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な訓練の実施	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	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（平成 21 年 9 月 1 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（年 月 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 （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）

※ \_\_\_\_\_ 様

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			併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接	プロローグ	佐倉市表町3-2-14
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターセカンドステージ	佐倉市城681-2 (他3箇所)
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	プロローグ	佐倉市表町3-2-14
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	プロローグ	佐倉市表町3-2-14
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスセンターセカンドステージ	佐倉市城681-2 (他3箇所)

				ページ	
その他の生活支援サービス	あり	<input type="checkbox"/>	併設・隣接		

## 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		備考		
	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 <sup>※1</sup> ）	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 <sup>※2</sup>	都度 <sup>※2</sup>	料金 <sup>※3</sup>		
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			なし	あり			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			
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			
機能訓練	なし	あり	なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり			
リネン交換	なし	あり	なし	あり			
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			
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			なし	あり			
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			
買い物代行	なし	あり	なし	あり			※利用できる範囲を明確化すること
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			
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり			※回数（年〇回など）を明記すること
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			
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			※付添いができる範囲を明確化すること
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～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。