

## 重要事項説明書

記入年月日	平成28年7月1日
記入者名	原 明美
所属・職名	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	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしやふじけあ 株式会社フジケア	
主たる事務所の所在地	〒272-0034 千葉県市川市市川1丁目23番9号	
連絡先	電話番号	047-325-7111
	FAX番号	047-325-7588
	ホームページアドレス	<a href="http://rapportcare.com/">http://rapportcare.com/</a>
代表者	氏名	加藤 泰寛
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 25年 6月 27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) らぽーるけあいちかわしんでん ラポールケア市川・新田	
所在地	〒272-0035 千葉県市川市新田3丁目5番17号	
主な利用交通手段	最寄駅	J R総武線『市川駅』
	交通手段と所要時間	① 徒歩14分(1,100m) ② 市川駅南口より京成トランジットバス『本八幡駅南口』『市川中央病院』行き乗車5分、『大洲防災公園』停留所下車、徒歩5分
連絡先	電話番号	047-370-0111
	FAX番号	047-370-3115
	ホームページアドレス	<a href="http://rapportcare.com/ichikawa-shinden/">http://rapportcare.com/ichikawa-shinden/</a>
管理者	氏名	原 明美
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 27年 4月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 27年 4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)		
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	978.79 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				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり	(平成27年2月1日～平成47年4月30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	1675.95 m <sup>2</sup>			
		うち、老人ホーム部分	1675.95 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						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり	(平成27年2月1日～平成47年4月30日)			
	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	区分居室 【表示事項】	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	18.75 m <sup>2</sup>	33 戸	一般居室個室
	タイプ2	有	無	19.32 m <sup>2</sup>	2 戸	一般居室個室
	タイプ3	有	無	19.36 m <sup>2</sup>	4 戸	一般居室個室
	タイプ4	有	無	21.00 m <sup>2</sup>	2 戸	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	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		

	共用浴室	4ヶ所	個室	4ヶ所	
			大浴場	0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所		チェアー浴	1ヶ所
				リフト浴	0ヶ所
				ストレッチャー浴	0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					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	ご利用者が安心して笑顔で生活できるように、ご来所される方やご利用者様および職員全員が相手に対し、尊厳の重視、敬愛の理念にて接することで、居心地のよい場所の提供をいたします。			
サービスの提供内容に関する特色	おひとりおひとりの『自分らしさ』に寄り添い、こだわりも大切にしながら、毎日を笑顔で元気に過ごしていただくために従業員一同がご利用者様と一緒にイベント企画などを考えます。			
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	
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 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 checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 <input type="radio"/> 4 その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	I M S グループ医療法人財団明理会 行徳総合病院
		住所	千葉県市川市本行徳 5525-2
		診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科・形成外科・皮膚科・泌尿器科・放射線科・眼科・耳鼻咽喉科・婦人科・小児科・麻酔科・救急総合診療科
		協力内容	人間ドック、通院、入院の相談
	2	名称	医療法人社団平静会 大村病院
		住所	千葉県市川市南八幡 4-14-2
		診療科目	内科・循環器内科・呼吸器内科・糖尿病内科・消化器内科・アレルギー科・放射線科
		協力内容	健康診断、通院、入院の相談

	3	名称	なずなクリニック
		住所	千葉県市川市南八幡 5-10-3 ラフィーナ南八幡 1F
		診療科目	内科・泌尿器科
		協力内容	月2回の訪問診療
協力歯科医療機関		名称	三橋歯科医院
		住所	千葉県市川市北方町 4-1334-2
		協力内容	訪問歯科診療

(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 2 介護居室へ移る場合 3 その他(他の一般居室へ移る場合)	
判断基準の内容	生活環境における、ご利用者の心身状況を考慮	
手続きの内容	施設、ご本人、ご家族との協議による	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い	使用居室の変更	
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 (変更内容)

(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	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者が解約した場合 ③ 事業者が契約解除した場合 ＜主な解約事由＞	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正な手段により入居したとき</li> <li>・月払いの利用料その他の支払を正当な理由もなく、しばしば滞納するとき</li> <li>・入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命、身体及び財産に危害を及ぼし、またはその危害の切迫した恐れがあり、かつ住宅型有料老人ホームにおける善良なる管理者の注意と日常生活支援方法および地域の指定居宅サービス事業所との連携等の便宜の提供ではこれを防止できないとき等</li> </ul>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	一部前払金方式(第29条) 月払い方式(第28条)
	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: 2泊3日6食付で税込10,000円) ② なし	
入居定員		41人
その他	特になし	

## 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) 19人			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	15	8	7	
看護職員	1		1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者	1		1	
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		

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>			40 時間
<p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>			

**(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	9	7	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	8	2	6
介護支援専門員	2	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	1		1
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 (21 時～9 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	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※ <b>【表示事項】</b>	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		1 あり 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・介護支援専門員								
	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			6	5						1
前年度1年間の 退職者数										
応じた 業務に 従事 した 職員 の 人数	1年未満		1	2						
	1年以上 3年未満		2	2						
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満		2							
	10年以上	1	5	2						1
	従業者の健康診断の実施状況			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 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	
	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 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	※介護度に変更が生じた場合、介護度変更による管理費変更願ひご提出の翌月引き落とし分(翌々月利用料)より管理費・生活サポート費を変更させていただきます。
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 2 日割り計算で減額 3 不在期間が30日以上の場合に限り、減額措置あり	
利用料金の改定	条件	2年に1回
	手続き	ホーム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、運営連絡会の意見を聞いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある

(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	自立	要介護3
	年齢	80歳	75歳
居室の状況	床面積	18.75㎡	18.75㎡
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	4,500,000円	0円
	敷金	円	円
月額費用の合計		233,188円	230,940円
家賃		70,000円	117,000円
サービス費用 外※ <sub>2</sub>	特定施設入居者生活介護※ <sub>1</sub> の費用		円
	介護保険	食費	58,860円
		管理費	81,000円
		介護費用	円

	光熱水費	円	円
	その他	23,328 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
家賃相当額	床面積に坪単価をかけて戸数で割り、算出しています。
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	専有部分および共有部分の水道光熱費を戸数で割った費用。 生活支援サービスおよび一時的な介護等のサービスを提供する職員の人件費と日常の健康管理費、年2回の定期健康診断を受ける機会を設ける費用。
食費	毎朝の健康管理、安否確認を兼ねて朝食を食べて頂くこととし、朝食代を含む厨房維持費(人件費)として食事基本料20,000円を設定。昼食、夕食については前日の正午までに申し出の欠食受付分を除き、喫食数に昼食1食あたり500円、夕食1食あたり650円をかけ算出。
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	自立、要支援の方を対象に生活サポート費として週2回の介護予防体操と管理費に含まれない週4回の入浴にかかわる清掃を行う人件費。

**(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	厚生労働省の有料老人ホーム設置運営標準指導指針及び事務連絡(平成24年3月16日付)で示された算式に基づき算定した額。
想定居住期間(償却年月数)	84ヶ月(7年)
償却の開始日	入居日の翌日

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）		540,000 円
初期償却率		12%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了	<p>入居日の翌日から起算して 3 月以内の契約解除の場合又はご逝去による契約終了の場合は、受領済みの前払金を全額返金する。ただし利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領する。</p> <p>・算定方法  <math>(前払金 - 非返還対象部分) \div 84 \div 30</math></p> <p>※前払金の非返還対象部分は全額返還する。          ※月払い利用料については日割り精算を行う。          ※必要な原状回復費用があれば受領する。</p>
	入居後 3 月を超えた契約終了	<p>償却期間内に本契約が終了する場合は、入居者または入居契約者、或いは返還金受取人に契約終了日から償却期間満了日までの額を返還します。</p> <p><math>(前払金 - 非返還対象部分) \div 償却期間の日数 \times 契約終了日から償却期間満了日までの日数</math></p> <p>※償却期間経過後の前払金返還金はありません。</p>
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（入居者生活保証制度）	
	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	8 人
	女性	9 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	4 人

	85 歳以上	11 人
要介護度別	自立	1 人
	要支援 1	人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	8 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	1 人
	要介護 5	人
入居期間別	6 ヶ月未満	10 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	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	85.88 歳
入居者数の合計	17 人
入居率*	41.46%
※ 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	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	3 人
	死亡者	0 人
	その他	1 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	4 人
		(解約事由の例) 医療機関への入院、グループホームへの転居

## 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		ラポールケア市川・新田
電話番号		047-370-0111
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし
窓口の名称		千葉県健康福祉部高齢者福祉課
電話番号		043-221-3020
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・祭日・年末年始等
窓口の名称		公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		03-3548-1077
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・祭日・年末年始等

### (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) (公社)全国有料老人ホーム協会の『有料老人ホーム賠償責任保険』に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産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	1 あり	(その内容)
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし

握する取組の状況	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
	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 ② 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	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 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 2 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 27 年 2 月 6 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	1 あり (平成 年 月 日登録)	

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	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24年4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	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)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 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	ラポールケ ア市川・新 田	千葉県市川市新田3丁目5 番17号
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		
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		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
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	ラポールケ ア市川・新 田	千葉県市川市新田3丁目5 番17号
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ラポールケ ア市川・新 田	千葉県市川市新田3丁目5 番17号
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		
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		
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								
食事介助			あり		1回	1,500円+税		
排泄介助・おむつ交換			あり		1回	1,500円+税		
おむつ代			あり		実費			
入浴（一般浴）介助・清拭			あり		30分	1,500円+税		
特浴介助			あり		1回	3,000円+税		
身辺介助（移動・着替え等）			あり		1回	1,500円+税		
機能訓練			なし					
通院介助			あり	あり	30分	1,500円+税	※市川市内で対応。包含は施設が指定する協力医療機関への移送・同行適宜対応	
生活サービス								
居室清掃			あり	あり	1回	1,500円+税	包含は自立・要支援・要介護 1 または 2 の方対象で週 1 回。	
リネン交換			あり	あり	1回	750円+税	包含は自立・要支援・要介護 1 または 2 の方対象で週 1 回。	
日常の洗濯			あり	あり	1回	750円+税	包含の範囲は自立・要支援の方でご要望に応じて 1 回/日、要介護 1 または 2 の方は週 3 回。	
居室配膳・下膳			あり	あり			体調不良等により食堂でお食事ができない場合対応	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			あり		注文		別途事前注文	
おやつ			なし					
理美容師による理美容サービス			あり		実費		別途事前注文	
買い物代行			あり		30分	1,500円+税	※市川市内で対応。商品は実費	

役所手続き代行				あり	あり	30分	1,500円+税	包含は介護保険関連の手続き。
金銭・貯金管理			なし					
<b>健康管理サービス</b>								
定期健康診断				あり	あり			※年2回の健康診断機会提供。受診料金は実費
健康相談				あり	あり			看護職員等による健康相談適宜対応
生活指導・栄養指導				あり	あり			看護職員等による健康相談適宜対応
服薬支援				あり	あり	1回	1,500円+税	保管・管理・確認は包含 介助は表記利用者負担
生活リズムの記録(排便・睡眠等)				あり	あり			食事状況・入浴状況の記録
<b>入退院時・入院中のサービス</b>								
移送サービス				あり	あり	30分	1,500円+税	※市川市内で対応。包含は施設が指定する協力医療機関への移送・同行適宜対応
入退院時の同行				あり	あり	30分	1,500円+税	※市川市内で対応。包含は施設が指定する協力医療機関への移送・同行適宜対応
入院中の洗濯物交換・買い物				あり		1回 / 30分	750円+税 / 1,500円+税	洗濯物交換 / 移動および買い物(商品実費)
入院中の見舞い訪問				あり	あり	30分	1,500円+税	包含は施設側のタイミングとして適宜対応。都度項目はご要望。

※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。

※要介護1～5の方は介護保険サービスの利用可能(別途、事業者との契約が必要)