

重要事項説明書

| | |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 令和6年 1月24日 |
| 記入者名 | 築瀬 真治 |
| 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 | 個人 <input checked="" type="radio"/> 法人 <input type="radio"/> | |
| | ※法人の場合、その種類 | 営利法人 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ めいしょう 株式会社 明昭 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒121-0064 東京都足立区保木間 4-3-5 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-5851-3810 |
| | FAX番号 | 03-3850-1581 |
| | ホームページアドレス | http:// www.fukushi-e.com |
| 代表者 | 氏名 | 藤田 千代士 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 平成 10年 8月 10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) まつどめいせい 松戸めいせい | |
| 所在地 | 〒270-2254 千葉県松戸市河原塚 258-20 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 東松戸駅及び八柱駅 |

| | | |
|---------------|------------|---|
| | 交通手段と所要時間 | ① 徒歩の場合 ・ J R 武蔵野線（新八柱）駅・新京成線（八柱）駅より徒歩約 17 分 ・ J R 武蔵野線、北総公団線（東松戸）駅より徒歩 15 分 ② バス利用の場合 ・ J R 武蔵野線（新八柱）駅・新京成線（八柱）駅より新京成バスで乗車 10 分、田中新田停留所で下車、徒歩 5 分 ・ J R 武蔵野線、北総公団線（東松戸）駅より 新京成バスで乗車 9 分、田中新田停留所で下車、徒歩 5 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 047-312-7080 |
| | FAX番号 | 047-312-7088 |
| | メール | |
| | ホームページアドレス | http://fukushi-e.com |
| 管理者 | 氏名 | 築瀬 真治 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 2013年 11月 1日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 2013年 11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 | 1271206292 号 |
| | 指定した自治体名 | 千葉県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 25 年 11 月 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 令和 1 年 11 月 1 日 |

3. 建物概要

| | | | |
|----|------|---------------------------|-----------|
| 土地 | 敷地面積 | 1477.28 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（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 (平成 25 年 11 月 1 日～令和 15 年 10 月 31 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 | 2, 584. 62 m ² | | | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 2, 584. 62 m ² | | | |
| | 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 (平成 25 年 11 月 1 日～令和 15 年 10 月 31 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※ |
| | タイプ 1 | ①有/無 | 有/無 | 18. 00 m ² | 52 | 介護居室個室 |
| | タイプ 2 | ①有/無 | 有/①無 | 18. 06 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| | タイプ 3 | ①有/無 | 有/①無 | 18. 60 m ² | 12 | 介護居室個室 |
| | タイプ 4 | ①有/無 | 有/①無 | 18. 66 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| | タイプ 5 | ①有/無 | 有/①無 | 18. 72 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| | 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 | 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 | 4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 | 2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 | 1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 | |
| 緊急通報装 置等 | 居室 ① あり 2 一部あり 3 なし | 便所 ① あり 2 一部あり 3 なし | 浴室 ① あり 2 一部あり 3 なし | その他（ ） 1 あり 2 一部あり 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 | 当施設は、介護を必要とする利用者様に対し、自立した生活をお送り頂く為の課題を正確に導き出し、ご本人様やご家族様の生活に対するご希望も最大限取り入れ、生活歴を大切にされた支援計画のもと身体的・精神的拘束のないご利用者様の尊厳を守ったケアを心がけます。ご利用者様の趣味活動や季節の行事等、各種アクティビティを行えるよう |
|----------|---|

| | |
|-----------------|--|
| | 支援致します。また、慢性疾患等で医療ニーズの高いご利用者様には適切な療養環境を整え、協力医療機関による医療サービスをお受けできるよう連携をとり支援致します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 協力医療機関による様々医療サービスの提供と、介護が必要なご利用者様への適切なケアマネジメントによるケアサービスの実施により、医療と介護の切れ目ないサービス提供を行い、安心安楽な生活をお送りできるよう配慮致します。また、高いホスピタリティを維持向上させるために、施設運営理念を基礎とした生活支援、介護技術、接遇、医学的知識、関係法令等の社内外研修を入職時より継続すると共に人間教育を行います。 日常活動と非日常活動をバランスよく取り入れ、個人を大切にしたい活動支援や、季節ごとの施設内行事及び地域行事への参加促しを行い必要な支援を行います。 |
| 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 | (I) | 1 あり ② なし |
| | | (II) | 1 あり ② なし |
| | 生活機能向上連携加算 | (I) | 1 あり ② なし |
| | | (II) | ① あり 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | (I) | ① あり 2 なし |
| | | (II) | ① あり 2 なし |
| | ADL維持等加算 | (I) | 1 あり ② なし |
| | | (II) | 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 |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 1 あり ② なし |
| 科学的介護推進体制加算 | | ① あり 2 なし | |

| | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------|
| | 障害者等支援加算 | 1 あり ② なし |
| | L I F E への登録 | ① あり 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | ① あり 2 なし |
| | 看取り介護加算 | (I) 1 あり ② なし |
| | | (II) 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) 1 あり ② なし |
| | | (II) 1 あり ② なし |
| | | (III) 1 あり ② なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | (I) ① あり 2 なし |
| | | (II) 1 あり ② なし |
| | | (III) 1 あり ② なし |
| | | (IV) 1 あり ② なし |
| | | (V) 1 あり ② なし |
| | 介護職員特定処遇改善加算 | (I) 1 あり ② なし |
| | | (II) ① あり 2 なし |
| | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | ① あり 2 なし |
| | 短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定 | 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 | 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 苑田会 苑田第一病院 |
| | | 住所 東京都足立区竹の塚 4-1-12 |
| | | 診療科目 内科、呼吸器内科、消化器科、脳神経外科、心臓血管外科、婦人科、整形外科 他 |
| | | 協力科目 |
| | | 協力内容 救急外来、一般外来、検査、入院、人工透析、訪問診療（医療費その他の費用は入居者様の自己負担） |

| | | | |
|----------|------|------------------|--|
| | 2 | 名称 | 医療法人社団 民政会 愛里病院 |
| | | 住所 | 東京都足立区千住東 1-20-12 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、皮膚科、泌尿器科、神経内科、糖尿病代謝内分泌内科、呼吸器内科、他 |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | 救急外来、一般外来、検査、入院、訪問診療 |
| | 3 | 名称 | 医療法人社団 恵信会 友仁病院 |
| | | 住所 | 東京都江東区亀戸 2丁目 41番 1号 |
| | | 診療科目 | 内科、外科、整形外科、消化器科、他 |
| | | 協力科目 | |
| | | 協力内容 | 救急外来、一般外来、検査、入院、訪問診療 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人社団 苑田会 苑田会歯科 | |
| | 住所 | 東京都足立区竹ノ塚 4-2-1 | |
| | 協力内容 | 一般外来、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 ② 介護居室へ移る場合 3 その他 () | |
| 判断基準の内容 | より適切な介護等の為、必要と判断する場合にご利用者様・ご家族様の同意を得て、他の専用居室へ移って頂く場合があります。 | |
| 手続きの内容 | なし | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり ② なし | |
| 居室利用権の取扱い | 変更なし | |
| 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 | 自立している者 | 1 あり ② なし |
|----------|---------|-----------|

| | | |
|----------|--|--------------|
| 【表示事項】 | 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 | <p>○入居の条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢：概ね 60 歳以上 ・医療的ケア：経管栄養、中心静脈栄養、在宅酸素療法等が必要な方で、日中配置看護職による医療的ケアで可能な方。 ・認知症：著しい周辺症状が無ければ可 ・その他：重大な感染症や他の入居者様への迷惑行為が無い事 <p>○連帯保証人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業者との合意により、入居者と連帯して入居者の金銭債務を契約書に記載のある極度額を限度に履行する責任を負います。(入居契約書第 37 条) <p>○身元引受人の条件、義務等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原則、三親等以内のご親族様による身元引受人 1 名を定めて頂きます。施設で提供される介護サービス等について、必要に応じ施設と協議を行います。死亡により入居契約が終了した場合にはご入居者様のご遺体と遺留金品をお引き取りいただきます。(入居契約書第 36 条) <p>○入院時の契約の取り扱い</p> <p>ご入院中も入居契約は継続しておりますので、ご退院後もご入院前にご利用頂いていた居室へ戻ることが可能です。但し、ご入院中の月額利用料の取扱いについては、不在日数分の食材費以外の費用が発生いたします。</p> <p>○やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 身体的拘束適正化委員会において切迫性、非代替性、一時性の三要件に該当するか否かの検討を行い、身体的拘束を行わない場合のリスクと併せて緊急やむを得ない状況と判断するか検討を行います。 ② 緊急やむを得ないと判断された場合には、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間、時間帯、期間などを明らかにしご本人様及びご家族様へ十分な説明を行い同意を得ます。 ③ 身体的拘束を実施している際のご本人様の心身の状況等を記録します。 <p>緊急やむを得ない状況でなくなった場合には、直ちに解除できるよう常に検討を行い心身の状況の記録を行います。</p> | |
| 契約の解除の内容 | <ol style="list-style-type: none"> ① ご利用者様のご逝去の場合 ② ご利用者様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 | <p>下記の場合において、施設より契約解除を申し入れる場合がございます。</p> <p>① 入居申込書等への虚偽の記載により入居された場合。</p> <p>② 利用料その他の支払いを不当に 2 ヶ月以上遅滞させた場合</p> <p>③ 施設内での禁止または制限される行為の規定に違反があった場合</p> <p>④ 入居者本人の自傷行為又はほかの入居者様への迷惑行為（精神的・身体的）があった場合、またはその恐れ</p> |
| | 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 | <p>① あり（内容：1日あたり 8,800 円。利用料金には宿泊費、食費、介護サービス料を含みます。利用期間は連続して 13 泊 14 日まで 1 回限り）</p> <p>2 なし</p> | |
| 入居定員 | 70 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 | 0 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | 28 | 12 | 15 | 23.0 |
| 介護職員 | 25 | 10 | 14 | 21.0 |
| 看護職員 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 栄養士 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 調理員 | 6 | 5 | 1 | 6 |

| | | | | |
|--|---|---|---|----|
| 事務員 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ ² | | | | 36 |
| ※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 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 9 | 7 | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 0 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 15 | 3 | 7 |
| 介護支援専門員 | 0 | 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 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 1 | 1 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(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 | 2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合、本欄は省略可能) | 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 ④ 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) | 3 : 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 | | | | | | | | |
| | 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 | 0 | 3 | 2 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 2 | 0 | 8 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 応じた業務に従事した職員の人数 の経験年数に | 1年未満 | 0 | 1 | 2 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 10年以上 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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 | |
| 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 食材費に限り、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 | ・物価の著しい高騰 ・消費税改定 ・介護保険法の改正 など |
| | 手続き | 運営懇談会において同意を得た上で実施 |

(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 | 要介護度に関係なく同一料金 | 要介護度に関係なく同一料金 | |
| | 年齢 | 年齢に関係なく同一料金 | 年齢に関係なく同一料金 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 18 m ² | 18 m ² | |
| | 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 | 0 円 | 1,260,000 円 | |
| | 敷金 | 500,000 円 | 500,000 円 | |
| 月額費用の合計 | | 270,110 円 | 235,110 円 | |
| 家賃 | | 137,000 円 | 102,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | 介護度に応じ1~3割負担 | 介護度に応じ1~3割負担 | |
| | 介護保険外 [※] | 食材費 | 29,160 円 | 29,160 円 |
| | | 管理費 | 103,950 円 | 103,950 円 |
| | | 介護費用 | 円 | 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 | 施設地代家賃より算出 |
| 敷金 | 月額利用料金の約2ヶ月分 ※退去時に滞納家賃、居室の通常使用に対する損耗の原状回復費用等を除き全額返還する。ただし、例外特約条項により、居室内設備等の洗浄、殺菌、消毒等の費用は入居者負担となります。 【例外特約条項の詳細】 居室内設備及び資機材のメンテナンス費用（範囲：床、トイレ、洗面台等の設備及び、ベッド（本体フレーム）、ベッド柵、ベッドマット等の入居者が居室で使用した介護用品、施設で設置した居室カーテン等の洗浄、消毒、殺菌の実施） 33,000円（税込） ・理由一介護施設の性格上、清潔保持及び滅菌作業等が必要なため ・承認事項一通常の使用に対する損耗について、入居者負担となる原状回復費用を必要としないが、上記理由により、クリーニング作業を実施する際には通常損耗について、ある程度原状回復してしまうことにご承認頂きます。 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・厨房管理費…厨房職員人件費、調理機器修繕費、食器代 ・水光熱費…水光熱費全般 ・施設維持修繕管理費…施設設備法定点検、共用部及び居室定期清掃、建物設備修繕費用等 ・協力医療機関への受診付添及び移送費 ・リネン費…ベッドシーツ寝具一式 ・消耗品費…感染対策物品費用(ガウン、ヘアキャップ、消毒液等) ・レクリエーション材料費（個別の選択で行うもの、外出レクリエーション費用は除く） ・医療連携サポート費…必要な医療を受ける為の病院・入居者・家族との連絡調整、情報提供等 |
| 食材費 | ご提供する食事に関する各食材原材料費 （一日に一食も喫食されない場合は一日当たり972円を減額致します。） |
| 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 | ・理美容代・洗濯代 等 |

(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 | 介護保険法により算定 |
| 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） | なし |
| ※ 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 | 月額家賃の一部を前払金としてお支払頂くことにより、毎月お支払いいただく家賃の金額を軽減させることが出来ます。 | |
| 想定居住期間（償却年月数） | 36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） | 0円 | |
| 初期償却率 | 0% | |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 | 全額返金いたします。但し、入居期間中の家賃は日割り請求させていただきます。 (35,000円÷30日)×ご利用日数=ご請求 |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | 前払金{126万円×(36ヶ月-入居月数)}÷36ヶ月 但し、入居月・退居月は日割り計算となります。 |
| 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 | 朝日信託 |
| | 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 | |
| | 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 | 14人 |
| | 女性 | 43人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上 75歳未満 | 3人 |
| | 75歳以上 85歳未満 | 16人 |
| | 85歳以上 | 38人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| 要介護度別 | 自立 | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 2人 |
| | 要介護1 | 8人 |
| | 要介護2 | 6人 |
| | 要介護3 | 14人 |
| | 要介護4 | 17人 |
| | 要介護5 | 11人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4人 |
| | 1年以上5年未満 | 36人 |
| | 5年以上10年未満 | 10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 | 86歳 |
| 入居者数の合計 | 57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 | 1人 |
| | 社会福祉施設 | 8人 |
| | 医療機関 | 5人 |
| | 死亡者 | 17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 | 0人 |
| | | (解約事由の例) |

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 | | 松戸めいせい 苦情相談係 |
| 電話番号 | | 047-312-7080 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | 土曜 | 9:00～17:00 |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 |
| 定休日 | | なし |
| 窓口の名称 | | 株式会社 明昭 |
| 電話番号 | | 03-5851-3581 |
| 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 |
| 窓口の名称 | | 千葉県健康福祉部高齢者福祉課 |
| 電話番号 | | 047-223-2350 |
| 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 | 東京海上日動火災保険株式会社の「居宅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利用者様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。 |
| | 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する取組の状況 | ① あり | 実施日 | 当日 |
| | | 結果の開示 | 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 |
| | 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 25 年 9 月 4 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 | 1 あり (年 月 日登録) ② なし | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | |
| 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 (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 | 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)

※ _____ 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 | | | 併設・隣接の 状況 | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|--------------------------|--------------|--------|-----|
| <居宅サービス> | | | | | |
| 訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 訪問入浴介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 訪問看護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 短期入所生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| <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"/> | 併設・隣接 | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 居宅介護支援 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| <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"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護予防支援 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| <介護保険施設> | | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護老人保健施設 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 介護医療院 | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| <介護予防・日常生活支援総合事業> | | | | | |
| 訪問型サービス | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 通所型サービス | あり | <input type="checkbox"/> | 併設・隣接 | | |
| 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 | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|--------|-----------------------------------|
| | 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） | | 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 | | | なし | あり | | ○ | | 尿取りパット 30 枚入り ¥1, 620～ |
| 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 | | | | グループ外病院受診 1 回 ¥22, 000 |
| 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 | | ○ | | 水洗い 1 ネットにつき ¥550 ドライクリーニング 実費 |
| 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 | | ○ | ¥100+税 | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | カット ¥3, 300～ |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | ネットスーパーで利用可能な範囲 |
| 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 | | ○ | | 血液検査、尿検査、胸部レントゲン検査 |
| 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 | | | | グループ外病院移送 1 回 ¥22, 000 |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | 移送サービスに含む |
| 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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。