

重要事項説明書

記入年月日	令和2年12月1日
記入者名	松浦 京子
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん わけいかい 医療法人社団 和啓会	
主たる事務所の所在地	〒105-7390 東京都港区東新橋 1-9-1 東京汐留ビルディング地下2階	
連絡先	電話番号	03-6274-5074
	FAX番号	03-6274-7004
	ホームページアドレス	http://www.wakei-kai.or.jp
代表者	氏名	高橋 周二
	職名	理事長
設立年月日	昭和・平成 17年 2月 24日	
主な実施事業	医業・介護保険事業・有料老人ホーム事業 ※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) めでいくすけあほむまつど メディクスケアホーム松戸	
所在地	〒271-0092 千葉県松戸市松戸 1063 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 常磐線「松戸」駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 ・ J R 常磐線 松戸駅から約 800m (徒歩約 10 分) ②自動車利用の場合 ・ 東京方面から水戸街道松戸市内 「陣ヶ前」交差点左折
連絡先	電話番号	047-366-0072
	FAX番号	047-366-0071

	ホームページアドレス	http://www.wakei-kai.or.jp
管理者	氏名	松浦 京子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 62年 11月 27日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27年 4月 1日

(類型)【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	特定施設入居者生活介護事業所 千葉県指定 1271207084 号 介護予防特定施設入居者生活介護事業所 千葉県指定 1271207084 号
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成 27 年 4 月 1 日（介護予防特定施設 平成 27 年 4 月 1 日）
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2019.28 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 2 なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (平成 27 年 4 月 1 日～平成 47 年 3 月 31 日) 2 なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	6階建て 3,684 m ²
		うち、老人ホーム部分	6階建て 3,684 m ²
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()	
	構造	<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物	
		抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり	

			(平成 27 年 4 月 1 日～平成 47 年 3 月 31 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 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
タイプ 1	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	12.92～13.86 m ²	98	介護居室個室
※「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	33ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	14ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	19ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室	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	ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他 ()	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	ロビー・フロント・応接室・サロン・多目的室・駐車場・機能訓練コーナー (一部食堂兼用)・小食堂兼談話室 (2階～6階)・図書コーナー (4・6階)・ <u>ゲストルーム</u> ※下線部分は使用料が必要				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>私たち職員とお客様の出会い、又お客様同士の出会いを大切にし、調和のとれた人間関係を育みます。</p> <p>お客様を人生の先輩として尊重するとともに、一人一人の生活歴・個別性に配慮したサービスを提供させていただき、施設職員の資質向上に努めます。</p> <p>定期的に設備を点検し、防災・防犯の意識を高め、安心・安全な住居を提供いたします。</p> <p>各職種の職務内容を下記に示します。</p> <p>施設長：施設運営管理全般を担当。</p> <p>生活相談員：お客様対応窓口。ボランティアの受け入れ、医療機関等との連絡・調整を担当。</p> <p>看護職：健康相談サービス、医療機関と連携、健康管理サービスを担当。</p> <p>介護職：食事介助・排泄介助等日常生活のお世話、レクリエーション等の活動のアクティビティ活動の支援を担当。</p> <p>機能訓練指導員：機能回復・維持のためのリハビリを担当。</p> <p>計画作成担当者：ケアプランの作成担当。各種サービスの調整・統括、市役所等への申請、医療機関との連絡調整を担当。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・ 接遇を重視し、きめ細やかなケアを行なう。 ・ 24 時間の医療管理体制（24 時間看護職員常駐）の基でサービスを提供している。
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	<input checked="" 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 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	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門 (I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	ケア加算	(Ⅱ)	1 あり	<input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	<input checked="" type="checkbox"/> 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 和啓会 メディクス松戸クリニック (ホームから約 4.3km)
		住所	松戸市河原塚 146 番地-1 1 階 047-700-5422
		診療科目	内科・皮膚科・精神科
		協力内容	訪問診療により、入居者の健康管理や診察、看護指導を実施 (医療費、その他の費用は自己負担)
	2	名称	医療法人社団 和啓会 メディクス草加クリニック (ホームから約 13km)
		住所	埼玉県草加市氷川町 2149-3 048-920-6174
		診療科目	内科・外科・消化器内科
		協力内容	訪問診療により、入居者の健康管理や診察、看護指導を実施 (医療費、その他の費用は自己負担)
	3	名称	医療法人社団 幸市会 阿部クリニック (ホームから約 4.3km)
		住所	松戸市河原塚 158 番地-1 047-391-1800
		診療科目	内科・泌尿器科・消化器内科・皮膚科
		協力内容	訪問診療により、入居者の健康管理や診察、看護指導を実施 (医療費、その他の費用は自己負担)
	4	名称	医療法人社団 誠馨会 新東京病院 (ホームから約 800m)
		住所	松戸市根本 473 番地-1 047-366-7000
		診療科目	内科・心臓内科・心臓血管外科・糖尿病内科・消化器内科・外科・ 整形外科・形成外科・美容外科・脳神経外科・耳鼻咽喉科・頭頸 部外科・泌尿器科・皮膚科・救急科・リハビリテーション科・麻 酔科・放射線科・眼科
		協力内容	入居者が緊急時における受診や診察、入院を必要とする場合に 利用できます。

			(医療費、入院費用及びその他費用は自己負担)
5	名称	医療法人社団一条会 一条会病院	(ホームから約 2.5km)
	住所	市川市北国分 4-26-1 047-372-5111	
	診療科目	内科・外科・整形外科・脳神経外科・消化器科・呼吸器科・循環器科・放射線科・肛門科・気管食道科・麻酔科・泌尿器科	
	協力内容	入居者が緊急時における受診や診察、入院を必要とする場合に利用できます。 (入院中の医療費、その他費用は医療機関の規定により自己負担)	
6	名称	医療法人 梨香会 北松戸メディカルクリニック	(ホームから約 4.4km)
	住所	松戸市上本郷 2202-3 047-365-7731	
	診療科目	精神科・心療内科	
	協力内容	入居者の依頼により精神科医の訪問、診療治療、相談、指導等を行います。(医療費、その他費用は自己負担)	
協力歯科医療機関	名称	医療法人 愛育会 やばしら歯科	(ホームから約 4.8km)
	住所	松戸市金ヶ作 24 番地-1 第 5 泉ビル 2F 047-384-4182	
	協力内容	歯科医の月 4 回訪問により入居者の歯科治療、相談・指導、必要時には嚙下評価を行います。(医療費、その他費用は自己負担)	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (認知症者専門居室へ移る場合)
判断基準の内容	入居後に他の入居者に対し、日常生活を著しく脅かす行為などが見受けられ、共同生活に支障を及ぼす恐れがあり、認知症と判断された場合には、認知症者専門居室へ住み替えていただく場合があります。
手続きの内容	①事業者の指定する医師の意見を聴く ②入居者の意志を確認する ③入居者の身元引受人等の意見を聴く ④緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける ⑤変更内容及び費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等に説明し同意を得る
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	居室の利用権は移行します

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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更
	<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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	反社会的勢力の方、感染症及び暴力行為の有る方（認知症によるものを除く）についてはお断りを致します。	
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 入居申込書に虚為事項等不正手続により入居したとき ② 利用料、その他の支払いを正当な理由なく3ヶ月以上遅滞したとき ③ 禁止又は制限される行為に違反したとき ④ 入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容：空室がある場合。原則2泊3日まで(1泊2日3,500円(税抜)食費別) 2 なし	
入居定員	98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 【令和2年7月1日 現在】

(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	54	28	26	40.1
介護職員	42	20	22	30.7
看護職員	12	8	4	9.4
機能訓練指導員	4	2	2	2.4
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士 (委託)	-	-	-	(外部委託)
調理員 (委託)	-	-	-	〃
事務員	2	2	0	2
その他職員	10	2	8	7.5
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	0	0	0
介護福祉士	10	5	5
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者 (旧ヘルパー2級取得者含む)	16	8	8
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			
理学療法士	3	1	2
作業療法士	1	1	0
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 (17時～翌10時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	2人	2人
介護職員	5人	4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*	a 1.5 : 1 以上	b 2 : 1 以上
	【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上	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)	2.1 : 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	社会福祉主事						
	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	3	3	5			0			
前年度1年間の退職者数	1	4	2	4						
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満			1	1					
	1年以上 3年未満			1	1			1	1	
	3年以上 5年未満			2						
	5年以上 10年未満	1	1	3		1				
	10年以上	7	3	9	13			1	1	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	
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 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金	条件	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人

の改定		件費等を勘案する場合がある。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。

(利用料金のプラン)

(税抜)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要支援・要介護	要支援・要介護	
	年齢			
居室の状況	床面積	12.92～13.86 m ²	12.92～13.86 m ²	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>	
入居時点で必要な費用	前払金	円	2,700,000 円	
	敷金	606,000 円	円	
月額費用の合計		219,090 円	189,090 円	
家賃相当額		101,000 円	71,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	48,090 円	48,090 円
		管理費	70,000 円	70,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	都度払いサービス有	都度払いサービス有

※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	事業主体が目的施設を賃借するための賃料、修繕費、管理事務費等を勘案して算定した家賃。 ※ 2階認知症者専門居室に住み替えされた場合には（判断基準・手続きについては6ページ参照）毎月家賃相当額に2階専用共用施設（食堂）の利用及び居室の仕様変更に伴い21,000円が5年間（60ヶ月）加算されます。
敷金	家賃相当額の6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	事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費、目的施設の維持管理費。（光熱水費含む）
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。（喫食数に応じ後払い）
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、及び前掲の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）	
※ 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	入居一時金の額＝ （家賃相当額のうち3万円×想定居住期間（月数））＋（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）
想定居住期間（償却年月数）	72ヶ月 「想定居住期間」・・・「確率的に入居者のうち概ね50%の方が入居し続けることが予想される期間」として、有料老人ホームごとに定める期間のことです。その期間は、入居時の年齢や性別、自立者か要介護者か、などに応じて、入居者の平均余命等を参考に設定されます。 当ホーム開設以来の入居時平均年齢は男性86歳・女性84歳、男性比率34.28%であることをもとに、全国有料老人ホーム協会の試算方法により想定居住期間を定めています。 想定居住期間内に入居契約が終了した場合は、契約終了日から想定居住期間満了日までの日割り家賃を返金します。
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）	54万円 「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」・・・上記の期間を超え、入居者の全員が退去する時点までの予測家賃相当額です。 この額は、返金されない費用で、事業者は

		償却開始日に収益計上します。
初期償却率		20%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	入居日から契約終了日までの日割り家賃相当額を除いて、初期償却額を含め全額返金します。 返還金＝入居一時金－（入居日から契約終了日までの日数）×（入居一時金×80%÷72ヶ月÷30日）
	入居後3月を超えた契約終了	契約終了日から想定居住期間満了日までの日割り家賃相当額を返金します。初期償却額は返金されません。 返還金＝入居一時金×80%÷（償却期間の日数：2,190日）×（契約終了日から償却期間満了日までの日数）
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	
	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	28人	女性	59人
年齢別	65歳未満	3人	65歳以上75歳未満	5人
	75歳以上85歳未満	28人	85歳以上	51人
要介護度別	自立	0人	要支援1	1人
	要支援2	1人	要介護1	6人
	要介護2	15人	要介護3	8人
	要介護4	24人	要介護5	32人
入居期間別	6ヶ月未満	9人	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	42人	5年以上10年未満	16人
	10年以上15年未満	6人	15年以上	5人

（入居者の属性）

平均年齢	85.94歳
入居者数の合計	87人
入居率※	88.7%

※ 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	3人
	医療機関	0人
	死亡者	40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	4人
		(解約事由の例)・特養入所 ・在宅へ戻る

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	千葉県高齢者福祉課	千葉県国民健康 保険団体連合会	公益社団法人 全国有料老人ホーム 協会
電話番号	043-223-2350	043-223-7401	03-3272-3781
対応している時 間	平日	9:00～17:00	9:00～17:00
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日	土日・祝日	土日・祝日	土日・祝日

(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) 東京海上日動火災保険株式会社に加入しており、サービス提供上に万一事故が発生し、生命、身体、損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き措置を行う。但し、本人に重大な過失がある場合はこの限りでない。
	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) 事故対応マニュアルに基づく
	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	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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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 checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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 checked="" 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 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 1 回以上
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 27 年 3 月 9 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	

営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	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	① 廊下幅 (中廊下幅 1.8m未満) ② 居室面積 (居室面積 13.2 m ² 未満)
不適合事項がある場合の内容	① 廊下幅、廊下不適合は柱部分であり、その他の廊下幅は十分に有効寸法 (車イスでのすれ違いは可能) ② 床面積は、収納スペースを除き、有効面積で 9.9 m ² 以上である

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		
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		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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）		包含※2	都度※2	料金※3（税抜）	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				必要に応じて実施
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				同上
おむつ代			なし	あり		○		実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,429 円/回	週 2 回まで介護保険で提供し、希望により週 3 回目を実費で提供
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				必要に応じて実施
機能訓練	なし	あり	なし	あり				常勤作業療法士及び週 1 回理学療法士により実施。他は指導員資格者により適宜実施
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり				必要に応じて実施
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	400 円/15 分	予約があった場合
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				週 3 回掃き拭き清掃
リネン交換	なし	あり	なし	あり				週 2 回指定日、必要に応じて実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				下着、タオル等適時実施
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				必要に応じて適宜実施
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		実費負担
おやつ			なし	あり		○	96 円/日	毎日 1 回提供。喫食実績に基づく
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	2,500 円～	実費負担。外部からの訪問理美容
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり				週 1 回指定日実施
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり		○	400 円/15 分	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	400 円/15 分	市内のみ必要に応じて適宜実施
金銭・貯金管理			なし	あり				日常使用する金銭に限りお預かりすることもあり
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		年 2 回実施
健康相談	なし	あり	なし	あり		○		必要に応じて適宜
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		○		必要に応じて適宜
服薬支援	なし	あり	なし	あり				必要に応じて適宜
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				必要に応じて適宜

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				実施していない
入退院時の同行（協力医療機関）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			適宜実施
入退院時の同行（協力医療機関以外）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	400 円/15 分	
入院中の洗濯物交換・買い物（協力医療機関）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○			週 2 回実施（協力病院に限る）
入院中の洗濯物交換・買い物（協力医療機関以外）	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	400 円/15 分	
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	400 円/15 分	必要に応じて適時

※ 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。