

重要事項説明書

記入年月日	2023年7月1日
記入者名	遠藤 琴音
所属・職名	本社・事務員

※ 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/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃめいとけあ 株式会社めいとケア	
主たる事務所の所在地	〒270-0004 千葉県松戸市殿平賀 56-1	
連絡先	電話番号	047-312-1234
	FAX番号	047-312-1235
	ホームページアドレス	http://mate-care.co.jp
代表者	氏名	持田 満輔
	職名	代表取締役
設立年月日	2000 年 2 月 21 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) めいときたこがね に めいと北小金II
----	-------------------------------

所在地	〒270-0015 千葉県松戸市小金上総町 10-11	
主な利用交通手段	最寄駅	北小金 駅
	交通手段と所要時間	J R 常磐線北小金駅より徒歩 15 分
連絡先	電話番号	047-312-0112
	FAX番号	047-312-0113
	メール	kita2@bz03.plala.or.jp
	ホームページアドレス	http://mate-care.co.jp
管理者	氏名	野老 勇氣
	職名	施設長
建物の竣工日		1990 年 3 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		2004 年 5 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	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	1,820.36 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（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 () 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		

建物	延床面積	全体	1,428.59 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1,344.22 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 <input 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 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	<input 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 (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 () 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】	<input 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	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	13.3 m ²	24	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/無	有/無	13.3 m ²	14	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	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	2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	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	1ヶ所	チェア浴	1ヶ所	
			リフト浴	1ヶ所	
			ストレッチャー浴	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） <input type="checkbox"/> 3 あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし	便所 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 3 なし	浴室 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 一部あり <input type="checkbox"/> 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	利用者が当施設において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう生活サービスの援助を行う。事業の実施にあたっては、関係市区町村、地域の保険、医療福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
サービスの提供内容に関する特色	当施設に入居された方が、その能力に応じた日常生活を送ることができるよう生活全般のサービスを行う。

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	入居継続支援加算		1 あり	2 なし	
	生活機能向上連携加算		1 あり	2 なし	
	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	
	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	
	栄養スクリーニング加算		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		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
	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	
介護職員等特定処遇改善加算	(I)		1 あり	2 なし	
	(II)		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)			
	2 なし		: 1		

(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 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団正祐会 柏まことクリニック
		住所	千葉県柏市中央 1-2-25 矢羽根ビル 2 階
		診療科目	内科、精神科
		協力科目	内科、精神科
		協力内容	訪問診療、往診、健康相談等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (居室移動)	
判断基準の内容		医師又は看護師、施設長等の判断により、認知症など特別な身体状況にあり、行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす場合、又は共同生活ができないとみなされた場合は、入居者または身元保証人の同意を得た上で移動。	
手続きの内容		居室移動に関する合意書の取り交わし	
追加的費用の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い		前払金及び従前居室の家賃の清算は1ヶ月に満たない期間の場合、退去日までの日割計算をした額とする。移動後の前払金及び家賃は移動居室の料金プランによる。	
前払金償却の調整の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし

	台所の変更	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input 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 type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	入居募集対象：原則 65 歳以上、要介護認定を受けていて日常生活で介護が必要な方		
契約の解除の内容	入居契約書第 26 条に基づく		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 27 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容：1 泊 2 日 11,000 円／食費込み・消費税 10% 込) <input type="checkbox"/> 2 なし		
入居定員	38 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	14	5	9	
介護職員	14	5	9	
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			
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		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	4	1	3
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	7	7	
介護支援専門員			

(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 (16時30分 ~ 9時30分)		
	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 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)	: 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		実務者研修 修了							
	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				2						
前年度1年間の退職者数			1	2						
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満			2						
	1年以上			2	2					
	3年未満									
	3年以上				1					
	5年未満									
	5年以上			2	2					
10年未満										
10年以上				3						
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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	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	1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が 30 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	料金の改定等にあたっては、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件費等を勘案し、入居契約書第8条に定める運営懇談会の意見を聴いたうえで改定する。
	手続き	事業者は入居者及び身元保証人等へ事前に通知する。

(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	要介護2	
	年齢	80 歳	歳
居室の状況	床面積	13.3 m ²	m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	300,000 円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		137,850 円	円

	家賃	40,000 円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	(30日) 53,850 円	円
		管理費	44,000 円	円
		介護費用	訪問介護サービス利用 円	円
		光熱水費	管理費に含む 円	円
その他	消耗品費等 実費 円	円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建設費、原価償却費等を基礎として、近隣相場を加味し1室あたりの家賃を算出。
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用	訪問介護サービスを優先利用とする。 その他費用は別添2「サービス一覧表」による。
管理費	居室個室分及び共用部分の光熱水費、事務管理費、共用部及び備品の維持管理費として設定。
食費	1名につき1日あたり1,795円（消費税10%込） （朝食432円、昼食648円、夕食715円）
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	
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）	
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>	

(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	初期投資費用総額に対し、入居者 38 名の 1 人あたりの経費など換算し、建物賃貸料不足分を加えて一室あたりを設定。	
想定居住期間 (償却年月数)	48 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	受領済みの前払い金を全額返還する。 ※月払い利用料は日割清算を行う。 ※必要な現状回復費用があれば受領する
	入居後 3 月を超えた契約終了	前払金 × {(48 ヶ月 - 入居月数) ÷ 48 ヶ月}
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	日証金信託銀行
	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	20 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	4 人
	75 歳以上 85 歳未満	27 人
	85 歳以上	3 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	8 人
	要介護 3	11 人
	要介護 4	10 人
	要介護 5	3 人

入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	19人
	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	1人

(入居者の属性)

平均年齢	83.1 歳
入居者数の合計	34 人
入居率*	89.4 %
※ 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	5人
	死亡者	1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	5人
	(解約事由の例)・医療行為が必要なため ・退院不可となったため	

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	株式会社めいとケア 本社	
電話番号	0120-015-030	
対応している時間	平日	9:00~17:45
	土曜	9:00~17:45
	日曜・祝日	9:00~17:45
定休日	なし	

窓口の名称		めいと北小金Ⅱ
電話番号		047-312-0112
対応している時間	平日	9:00～17:45
	土曜	9:00～17:45
	日曜・祝日	9:00～17:45
定休日		なし
窓口の名称		千葉県健康福祉部高齢者福祉課 電話相談窓口
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		土曜・日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 東京海上日動火災保険株式会社 (事業活動包括保険)
	<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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 速やかに市区町村、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を取る。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日	年1回アンケート調査（11月）、意見箱を常設
		結果の開示	<input 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 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 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 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 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 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 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
	<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 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 20 年 8 月 29 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	一般居室の床面積の基準に合致していない。
「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）

※ _____ 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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	めいとケア訪問介護事業所	千葉県松戸市大金平2-67-1
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	めいと訪問看護ステーション	千葉県松戸市大金平2-67-1
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	デイサービスめいと中金杉	千葉県松戸市中金杉2-72
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	グランドめいと北小金	千葉県松戸市殿平賀56-1
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	めいとケア福祉用具レンタル	千葉県松戸市常磐平1-29-3 常盤平駅ビル2階A-1
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	めいとケア福祉用具レンタル	千葉県松戸市常磐平1-29-3 常盤平駅ビル2階A-1
＜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 checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	リハぷらざしんまつど	千葉県松戸市新松戸3-89-4 石井ビル1階
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	併設・隣接	グループホームめいと中金杉	千葉県松戸市中金杉2-72
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	めいとケア居宅介護支援事業所	千葉県松戸市小金上総町10-11

＜居宅介護予防サービス＞					
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	めいと訪問看護ステーション	千葉県松戸市大金平2-67-1
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	グランドめいと北小金	千葉県松戸市殿平賀56-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接	めいとケア福祉用具レンタル	松戸市常磐平1-29-3 常盤平駅ビル2階A-1
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接	めいとケア福祉用具レンタル	松戸市常磐平1-29-3 常盤平駅ビル2階A-1
＜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	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	グループホームめいと中金杉	千葉県松戸市中金杉2-72
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
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		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接	めいとケア訪問介護事業所	千葉県松戸市大金平2-67-1
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接	デイサービスめいと中金杉	千葉県松戸市中金杉2-72
その他の生活支援サービス	あり	なし	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	なし				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○				ただし、居室において食事介助の場合は、訪問介護サービス優先
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	訪問介護サービス優先
おむつ代			なし	あり			○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	訪問介護サービス優先
特浴介助	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	訪問介護サービス優先
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	訪問介護サービス優先
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	その他、交通費実費
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	訪問介護サービス優先
リネン交換	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	訪問介護サービス優先
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	訪問介護サービス優先
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					事情がある場合は、事業者との協議による
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			○	実費	外部委託
買い物代行	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	
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			○	実費	年2回希望者のみ
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			○	37 円/分	その他、交通費実費
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり			○	37 円/分	その他、交通費実費
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。