

## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和5年7月1日 |
| 記入者名  | 鈴木 勝     |
| 所属・職名 | 事務長      |

※ 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="checkbox"/> 法人 |                          |
|            | ※法人の場合、その種類                                | 医療法人社団                   |
| 名称         | (ふりがな)<br>いりようほうじんしゃだん ともみかい<br>医療法人社団 知己会 |                          |
| 主たる事務所の所在地 | 〒286-0221 千葉県富里市七栄653-73                   |                          |
| 連絡先        | 電話番号                                       | 0476-92-6871             |
|            | FAX番号                                      | 0476-92-6873             |
|            | ホームページアドレス                                 | http://www.tomomikai.com |
| 代表者        | 氏名                                         | 龍岡穂積                     |
|            | 職名                                         | 理事長                      |
| 設立年月日      | 平成 4年 8月 3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)<br>かいごつきゆうりようろうじんほーむ はなみずきのさと<br>介護付有料老人ホーム はなみずきの里 |
|----|------------------------------------------------------------|

|               |                             |                                                                                      |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 所在地           | 〒286-0221<br>千葉県富里市七栄653-70 |                                                                                      |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                         | JR 成田・京成成田駅                                                                          |
|               | 交通手段と所要時間                   | 電車・バス：JR 成田・京成成田駅よりバス20分<br>富里中学校前下車徒歩3分<br>お車：東関東自動車道「酒々井 IC」より約7分<br>「富里 IC」より約10分 |
| 連絡先           | 電話番号                        | 0476-90-3873                                                                         |
|               | FAX番号                       | 0476-90-3875                                                                         |
|               | メール                         | hanamizuki@onyx.ocn.ne.jp                                                            |
|               | ホームページアドレス                  | http://www.tomomikai.com/                                                            |
| 管理者           | 氏名                          | 細野 明                                                                                 |
|               | 職名                          | 施設長                                                                                  |
| 建物の竣工日        |                             | 平成 21年 2月 17日                                                                        |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |                             | 平成 21年 3月 1日                                                                         |

【類型】【表示事項】

|                                                                                                         |            |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------|
| <p>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）</p> <p>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）</p> <p>3 住宅型</p> <p>4 健康型</p> |            |                                                           |
| 1又は2に<br>該当する場<br>合                                                                                     | 介護保険事業者番号  | 特定施設入居者生活介護事業所<br>介護予防特定施設入居者生活介護事業所<br>千葉県指定第1274000395号 |
|                                                                                                         | 指定した自治体名   | 千葉県                                                       |
|                                                                                                         | 事業所の指定日    | 平成 21年 5月 1日                                              |
|                                                                                                         | 指定の更新日（直近） | 令和 3年 5月 1日                                               |

3. 建物概要

|    |      |                           |                                 |
|----|------|---------------------------|---------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 4, 670 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<br>（ 年 月 日～ 年 月 日）<br>2 なし |



|         |                                                                |                                                                                                 |                                          |                                          |
|---------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
|         | 共用浴室における<br>介護浴槽                                               | 2ヶ所                                                                                             | チェアー浴                                    | 1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 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）<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応）<br>3 あり（上記1・2に該当しない）<br>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                                              |                                          |                                          |
| 緊急通報装置等 | 居室                                                             | 便所                                                                                              | 浴室                                       | その他（ ）                                   |
|         | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 1 あり                                     |
|         | 2 一部あり                                                         | 2 一部あり                                                                                          | 2 一部あり                                   | 2 一部あり                                   |
|         | 3 なし                                                           | 3 なし                                                                                            | 3 なし                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| その他     | 理美容（利用は有料）、健康管理室、機能訓練・趣味コーナー、図書コーナー、リビング、談話室、応接コーナー、駐車場（月極は有料） |                                                                                                 |                                          |                                          |

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

|                 |                                                          |      |      |      |
|-----------------|----------------------------------------------------------|------|------|------|
| 運営に関する方針        | 人としての尊厳を第一に、衣食住すべてに十分な意を用いて、高齢者向けの安全安心な住まいとしての役割を果たしていく。 |      |      |      |
| サービスの提供内容に関する特色 | 母体である医療機関との連携を重視する。                                      |      |      |      |
| 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 | 入居継続支援加算                                 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし        |
|                                | 生活機能向上連携加算                               | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし        |
|                                | 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     |
|                                | 若年性認知症入居者受入加算                            | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし        |
|                                | 医療機関連携加算                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし     |
|                                | 口腔衛生管理体制加算                               | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし        |
|                                | 栄養スクリーニング加算                              | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし        |
|                                | 退院・退所時連携加算                               | <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     |
|                                | 認知症専門ケア加算                                | (Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                                |                                          | (Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                                | サービス提供体制強化加算                             | (Ⅰ)イ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |
|                                |                                          | (Ⅰ)ロ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし   |
|                                |                                          | (Ⅱ) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |
|                                |                                          | (Ⅲ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                                | 介護職員処遇改善加算                               | (Ⅰ) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし |
|                                |                                          | (Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                                |                                          | (Ⅲ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                                |                                          | (Ⅳ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                                |                                          | (Ⅴ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                                | 介護職員等特定処遇改善加算                            | (Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし    |
|                                |                                          | (Ⅱ) <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           | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (介護・看護職員の配置率)<br>2.5 : 1                             |
|                                | 2 なし                                     |                                                      |

**(医療連携の内容)**

|                |                                                        |
|----------------|--------------------------------------------------------|
| 医療支援<br>※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               | 龍岡クリニック         |
|          |      | 住所               | 千葉県富里市七栄 653-73 |
|          |      | 診療科目             | 内科・皮膚科、整形外科等    |
|          |      | 協力科目             | 内科・皮膚科、整形外科等    |
|          |      | 協力内容             | 健康診断・健康相談・治療    |
|          | 2    | 名称               | 日吉台病院           |
|          |      | 住所               | 千葉県富里市日吉台 1-6-2 |
|          |      | 診療科目             | 内科・外科・耳鼻咽喉科等    |
|          |      | 協力科目             | 内科・外科・耳鼻咽喉科等    |
|          |      | 協力内容             | 人間ドックの委託・治療・入院等 |
| 協力歯科医療機関 | 名称   | 水の上歯科医院          |                 |
|          | 住所   | 千葉県成田市水の上 962-86 |                 |
|          | 協力内容 | 治療・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<br>※複数選択可 |        | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 その他(夫婦部屋に入居していたが、どちらかが亡くなった時など。) |        |
| 判断基準の内容                  |        | ①入居者・家族からの希望<br>②常時見守りが必要となった場合、施設が指定する居室へ住み替えとなる場合があります。<br>③①②について担当者会議を開催し施設に承認を得た後                |        |
| 手続きの内容                   |        | 入居契約書第 12 条 2 項・3 項に基づき「介護等の場所の変更等に係る同意書」を出していただく                                                     |        |
| 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                |        | 住み替え後の居室に移行                                                                                           |        |
| 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  | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                         |        |
|                          | その他の変更 | 1 あり                                                                                                  | (変更内容) |
|                          |        | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし                                                              |        |

(入居に関する要件)

|                    |                                                                     |        |    |   |    |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|--------|----|---|----|
| 入居対象となる者<br>【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               | 入居時 60 歳以上<br>療養管理については要相談                                          |        |    |   |    |
| 契約の解除の内容           | ①入居者が死亡した場合<br>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                                                                | 第 29 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：1 泊 2 日 3000 円（税別）食事代 別料金：1 日 1840 円（税別）最大 4 泊 5 日）<br>2 なし |        |    |   |    |
| 入居定員               | 70 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

※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<br>※1※2 |
|---------|----------|----|-----|----------------|
|         | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者     | 1        | 1  |     | 1              |
| 生活相談員   | 1        | 1  |     | 1              |
| 直接処遇職員  | 22       | 18 | 4   | 17.55          |
| 介護職員    | 17       | 13 | 4   | 12.55          |
| 看護職員    | 5        | 5  |     | 5              |
| 機能訓練指導員 | 1        | 1  |     | 1              |
| 計画作成担当者 | 1        | 1  |     | 1              |
| 栄養士     | 1        | 1  |     | 1              |
| 調理員     | 5        | 3  | 2   | 4.55           |
| 事務員     | 4        | 4  |     | 4              |
| その他職員   | 7        | 1  | 6   | 3.9            |

|                                                                                                  |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 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     |    |    |  |     |  |
| 介護福祉士     | 12 | 9  |  | 3   |  |
| 実務者研修の修了者 | 3  | 2  |  | 1   |  |
| 初任者研修の修了者 | 6  | 3  |  | 3   |  |
| 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       | 1  | 1  |  |     |  |
| 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～ 9 時 30 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             |

**(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<br>利用者に対する看護・介護職 | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上 |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------------|

|                                                                |                                    |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 員の割合<br>(一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)                                 |                                    | <input type="checkbox"/> c 2.5 : 1 以上<br><input type="checkbox"/> d 3 : 1 以上 |
|                                                                | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 1.65 : 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |           |       |     |         |     |         |     |
|                          | 業務に係る資格等      | 1 あり   |                                               |           |       |     |         |     |         |     |
|                          |               | 資格等の名称 |                                               |           |       |     |         |     |         |     |
|                          |               | 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              |               |        | 2                                             | 1         |       |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満          |        |                                               | 2         |       |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上<br>3年未満  | 1      |                                               | 1         | 2     | 1   |         |     |         |     |
|                          | 3年以上<br>5年未満  | 1      |                                               | 1         | 1     |     |         |     |         |     |
|                          | 5年以上<br>10年未満 | 3      |                                               | 2         | 3     |     |         |     | 1       |     |
|                          | 10年以上         |        |                                               | 4         | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式<br><input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 |
| 【表示事項】  |                                                                                   |

|                                |                                                       |                                         |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                |                                                       | 3 終身建物賃貸借方式                             |
| 利用料金の支払い方式<br>【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<br>※該当する方式を全て選択                                | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>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<br>利用料金（月払い）の取扱い | 1 減額なし<br>2 日割り計算で減額<br>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<br>の改定                    | 条件                                                    | 物価変動、人件費上昇により改定する場合がある。                 |
|                                | 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                          |         | 自立                   | 要介護4（1割負担）           |
|                | 年齢                            |         | 75歳                  | 75歳                  |
| 居室の状況          | 床面積                           |         | 18.55 m <sup>2</sup> | 18.55 m <sup>2</sup> |
|                | 便所                            | 1 有 2 無 | 1 有 2 無              | 1 有 2 無              |
|                | 浴室                            | 1 有 2 無 | 1 有 2 無              | 1 有 2 無              |
|                | 台所                            | 1 有 2 無 | 1 有 2 無              | 1 有 2 無              |
| 入居時点で<br>必要な費用 | 前払金                           |         | 3,000,000円           | 3,000,000円           |
|                | 敷金                            |         | 0円                   | 0円                   |
| 月額費用の合計        |                               |         | 191,200円             | 217,604円             |
| 家賃             |                               |         | 60,000円              | 60,000円              |
| サービス費用         | 特定施設入居者生活介護※ <sup>1</sup> の費用 |         | 0円                   | 26,404円              |
|                | 介護保険外※ <sup>2</sup>           | 食費      | 55,200円              | 55,200円              |
|                |                               | 管理費     | 60,000円              | 60,000円              |
|                |                               | 介護費用    | 必要に応じて円              | 0円                   |
|                |                               | 光熱水費    | 12,000円              | 12,000円              |
|                |                               | その他     | 4,000円               | 4,000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                   | 建物の建設費、設備備品費、借入利息として1室あたりの家賃を算出。                                                                                            |
| 敷金                   | 家賃の 0 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。<br>長期推計に基づき、要介護者2.5人に対し週40時間換算で介護・看護職員を1人以上配置するための費用として、介護保険給付及び利用者負担によって賄えない額に充当するものとして合理的な積算根拠に基づく。 |
| 管理費                  | 事務管理費、共同施設の維持管理費、居室形態により一律料金                                                                                                |
| 食費                   | 厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用（喫食数により差し引き請求する）                                                                                      |
| 光熱水費                 | 入居者が居住する居室内の光熱費一律料金                                                                                                         |
| 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          | 日用消耗品費：公共の場で使用する消耗品費一律料金                                                                                                    |

**(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、P5に記載する。 |
| 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） | 別途2           |
| ※ 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                                | 地代、建設費、修繕費、借入利息等を基礎とし、近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘定して算出 |
| 想定居住期間（償却年月数）                       | 60 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） | 900,000 円～1,500,000 円                        |
| 初期償却率                               | 30%                                          |
| 返還金の                                | 入居後3月以内の契約終了                                 |
|                                     | 初期償却費を含め全額返還する。                              |

|         |                                                           |                              |
|---------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
| 算定方法    |                                                           | ※月額利用料+償却相当分は日割り計算で受領する。     |
|         | 入居後3月を超えた契約終了                                             | 基本入居金分×0.70×(60ヶ月-経過月数)/60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                                         |                              |
|         | 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：入居日に前払い金用の通帳を預かり、入居金償却期間内に本契約が終了する場合は、通帳をお返しする。） |                              |

## 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          | 10人 |
|       | 女性          | 19人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 0人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 1人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 6人  |
|       | 85歳以上       | 22人 |
| 要介護度別 | 自立          | 4人  |
|       | 要支援1        | 4人  |
|       | 要支援2        | 3人  |
|       | 要介護1        | 5人  |
|       | 要介護2        | 4人  |
|       | 要介護3        | 3人  |
|       | 要介護4        | 2人  |
|       | 要介護5        | 4人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 0人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満   | 3人  |
|       | 1年以上5年未満    | 10人 |
|       | 5年以上10年未満   | 5人  |
|       | 10年以上15年未満  | 11人 |
|       | 15年以上       | 0人  |

### （入居者の属性）

|      |        |
|------|--------|
| 平均年齢 | 88.72歳 |
|------|--------|

|                                                 |       |
|-------------------------------------------------|-------|
| 入居者数の合計                                         | 29 人  |
| 入居率※                                            | 41.4% |
| ※ 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      | 0 人      |
|         | 社会福祉施設   | 0 人      |
|         | 医療機関     | 2 人      |
|         | 死亡者      | 9 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 | 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    |       | 当ホーム苦情受付窓口         |
| 電話番号     |       | 0476-90-3873       |
| 対応している時間 | 平日    | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
|          | 土曜    | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
|          | 日曜・祝日 | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
| 定休日      |       | 不定期                |

|          |       |                    |
|----------|-------|--------------------|
| 窓口の名称    |       | 千葉県高齢者福祉課          |
| 電話番号     |       | 043-223-2350       |
| 対応している時間 | 平日    | 9 時 00 分～17 時 00 分 |
|          | 土曜    |                    |
|          | 日曜・祝日 |                    |
| 定休日      |       | 土・日・祝日             |

|       |                |
|-------|----------------|
| 窓口の名称 | 千葉県国民健康保険団体連合会 |
|-------|----------------|

|          |              |              |
|----------|--------------|--------------|
| 電話番号     | 043-254-7409 |              |
| 対応している時間 | 平日           | 9時00分～17時00分 |
|          | 土曜           |              |
|          | 日曜・祝日        |              |
| 定休日      | 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                 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (その内容) あいおい損保に加入。サービス提供上の事故により入居者の生命等に損害が生じ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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日    | 随時                                                 |
|                                  |                                          | 結果の開示  | <input checked="" type="checkbox"/> 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                                     |
|                                  | <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<br>2 入居希望者に交付<br>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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>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<br>2 入居希望者に交付<br><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<br>2 入居希望者に交付<br><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 4 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<br>【表示事項】                              | 1 あり (提携ホーム名: )<br><input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり (平成 20 年 5 月 12 日届出)<br>2 なし<br>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 ( 年 月 日登録)<br><input checked="" 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             | 1 あり<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし<br>( 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)<br>2 適合している (将来の改善計画)<br>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      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<br>状況 | 事業所の名称       | 所在地            |
|----------------------|----|----|--------------|--------------|----------------|
| <居宅サービス>             |    |    |              |              |                |
| 訪問介護                 | あり | なし | 併設・隣接        |              |                |
| 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        |              |                |
| 通所リハビリテーション          | あり | なし | 併設・隣接        | 龍岡ケアセンター     | 千葉県富里市七栄653-73 |
| 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        | 龍岡ケアセンター     | 千葉県富里市七栄653-73 |
| 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        |              |                |
| <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 | 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        | 在宅介護支援センター龍岡 | 千葉県富里市七栄653-73 |
| <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        |              |                |
| 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        | 龍岡ケアセンター     | 千葉県富里市七栄653-73 |
| 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        | 龍岡ケアセンター     | 千葉県富里市七栄653-73 |
| 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        |              |                |
| <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        |              |                |
| 介護予防支援               | あり | なし | 併設・隣接        | 在宅介護支援センター龍岡 | 千葉県富里市七栄653-73 |
| <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        | 龍岡ケアセンター     | 千葉県富里市七栄653-73 |
| 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 |  |  |
| 通所型サービス      | あり | なし | 併設・隣接 |  |  |
| 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                                              |  |
|                                  |                                   |    |                            |    |      |      |                |                                                  |  |
| 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 |      | ○    |                | 自己負担（価格表のとおり）                                    |  |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | ¥1,000（税別）/30分 | 週 2 回までは介護保険で実施                                  |  |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | 同上             | 同上                                               |  |
| 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 |      |      |                | 保険給付＋加算給付                                        |  |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |                | 協力医療機関 保険給付<br>協力機関以外は緊急時¥1,000（税別）/30分 原則ご家族様対応 |  |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |                |                                                  |  |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      | ¥1,000（税別）/30分 | 週 1 回までは介護保険で実施<br>上記以外で希望時、自立の方希望時料金発生          |  |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      | ¥1,000（税別）/30分 | 週 1 回までは介護保険で実施<br>上記以外で希望時、自立の方希望時料金発生          |  |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | ¥660（税別）/1ネット  | 外注によるネット洗濯<br>別途里での個別洗濯あり（価格表のとおり）               |  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | ¥500（税別）/1回    | 居室配膳下膳希望時                                        |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    |                | 別途料金をいただきます                                      |  |
| 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 |      | ○    |                | 自己負担（料金表のとおり）                                    |  |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | ¥1,000（税別）/30分 | 5 km 以内にある店舗のみで対応                                |  |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    | ¥1,000（税別）     | 介護保険の手続きは無料<br>上記以外で希望時料金発生                      |  |

|                  |    |    |    |    |  |   |                         |                                                                    |
|------------------|----|----|----|----|--|---|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 金銭・貯金管理          |    |    | なし | あり |  |   | /30 分                   |                                                                    |
| 健康管理サービス         |    |    |    |    |  |   |                         |                                                                    |
| 定期健康診断           |    |    | なし | あり |  | ○ |                         | 基本的に年 1 回 希望により年 2 回                                               |
| 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 |  | ○ | ¥500<br>(税別)<br>/1 回    | 自立の方希望時は料金発生                                                       |
| 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 |  | ○ |                         | 協力医療機関のみ保険給付<br>協力機関以外は緊急時 ¥1,000(税別)/30<br>分 原則ご家族様対応<br>介護タクシー利用 |
| 入退院時の同行          | なし | あり | なし | あり |  | ○ | ¥1,000<br>(税別)<br>/30 分 | 協力医療機関のみ保険給付<br>協力機関以外は緊急時 ¥1,000(税<br>別)/30 分 原則ご家族様対応            |
| 入院中の洗濯物交換・買い物    | なし | あり | なし | あり |  | ○ | ¥1,000<br>(税別)<br>/30 分 | 協力医療機関のみ保険給付<br>協力機関以外は緊急時 ¥1,000(税<br>別)/30 分 原則ご家族様対応            |
| 入院中の見舞い訪問        | なし | あり | なし | あり |  | ○ | ¥1,000<br>(税別)<br>/30 分 | 協力医療機関のみ保険給付<br>協力機関以外は緊急時 ¥1,000(税<br>別)/30 分 原則ご家族様対応            |

※ 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。